

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

ANNÉE 1980 - N° 93

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA FOLIE HYSTERIQUE**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON 1

U.E.R. Faculté de Médecine Alexis-Carrel

et soutenue publiquement le 17 Mars 1980

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Michel STEYAERT

né le 20 Janvier 1952

à LYON (6^e)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

ANNÉE 1980 - N°

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA FOLIE HYSTERIQUE**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON 1

U.E.R. Faculté de Médecine Alexis-Carrel

et soutenue publiquement le 17 Mars 1980

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Michel STEYAERT

né le 20 Janvier 1952

à LYON (6°)

ANNÉE 1980 - M.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA FOLIE MYSTÉRIQUE



présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON I
U.F.R. Faculté de Médecine Alexis-Carrel
et soutenue publiquement le 17 Mars 1980
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Michel STEVART

né le 20 Janvier 1952

A LYON (69)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ - PROFESSEUR GERMAIN D.

PREMIER VICE-PRÉSIDENT - PROFESSEUR ELBAZ E.

=====

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL - M. RAMBAUD J.

=====

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - PROFESSEUR R. MORNEX

GRANGE BLANCHE - PROFESSEUR ZECH P.

LYON NORD - DOCTEUR MINAIRE Y. (MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ)

SUD OUEST - PROFESSEUR NORMAND J.

=====

BIOLOGIE HUMAINE - DOCTEUR REVILLARD J. P. (MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ)

TECHNIQUES DE READAPTATION - PROFESSEUR MORGON A.

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - PROFESSEUR BIZOLLON C. A.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - PROFESSEUR PARRET J.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. MILLON A.

MATHEMATIQUES - PROFESSEUR PICARD P.

PHYSIQUE - PROFESSEUR DELMAU J.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - MADAME VARAGNAT A. MAÎTRE ASSISTANTE

SCIENCES DE LA NATURE - PROFESSEUR LEMOIGNE Y.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - MLE LE PROFESSEUR WORBE JEANNE-FRANÇOISE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 - PROFESSEUR VILLE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 - PROFESSEUR GALLET DIRECTEUR ENSAM

OBSERVATOIRE - M. MONNET GUY - ASTRONOME ADJOINT

PHYSIQUE NUCLEAIRE - PROFESSEUR GUSAKOW M.

U. E. R. DE MECANIQUE - PROFESSEUR COMTE-BELLOT GENEVIÈVE

=====

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE LA FACULTE ALEXIS CARREL

1^{ER} CYCLE :

ANATOMIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR ALAIN BOUCHET

HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE-BIOLOGIE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRISTIAN GIROD

CHIMIE-BIOCHIMIE-STRUCTURALE : MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE NOFRE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

BIOCHIMIE MEDICALE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-ANDRÉ BERTRAND

MATHEMATIQUES-STATISTIQUES : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN SITE

PHYSIOLOGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL PELLET, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL SCHMITT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE : MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL BERGER

PSYCHOLOGIE MEDICALE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN GUYOTAT

SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MEDICALE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS ROCHE

2^{ÈME} CYCLE :

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL TOMMASI

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT LOIRE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

BACTERIOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN FLEURETTE

CANCEROLOGIE : MADAME LE DOCTEUR CHEIX

CARDIOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-PIERRE DELAHAYE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES BEAUNE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

CHIRURGIE CARDIAQUE : MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD CHAMPSAUR

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

CHIRURGIE DIGESTIVE : MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MAILLET

CHIRURGIE INFANTILE : MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE DAUDET,

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPÉDIQUE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES DE MOURGUES

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-JACQUES COMTET MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

CHIRURGIE VASCULAIRE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES DESCOTES

DERMATOLOGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR PERROT MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION : MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS BERTHEZENE
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

GASTRO-ENTEROLOGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DESCOS
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

GENETIQUE GENERALE : MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL HERMIER

GYNECOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES ROCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAIN BREMOND, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

HEMATOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-JACQUES VIALA

HEMOBIOLOGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAVANNE MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

HYGIENE : MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE MONIER MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

MALADIES INFECTIEUSES : MONSIEUR MAURICE GIROUD
PROFESSEUR AGRÉGÉ DU VAL DE GRÂCE

MEDECINE EXPERIMENTALE : MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ MORNEX

MEDECINE LEGALE : MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS ROCHE

MEDECINE DU TRAVAIL : MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES BOURRET

NEPHROLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD FRANCOIS

NEURO-CHIRURGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES FISCHER
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DERUTY, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

NEUROLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL DEVIC

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL TROUILLAS, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

OBSTETRIQUE : MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ GARMIER

OPHTALMOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PAUPERT-RAVAULT

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI MARTIN

PARASITOLOGIE : MADEMOISELLE LE DOCTEUR MADELEINE MOJON
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PEDIATRIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ FRANCOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DAVID, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PHARMACOLOGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE EVREUX
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PNEUMO-PHTISIOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER TOURAINE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE BERNARD MAÎTRE DE CONFÉRENCES AG.

PSYCHOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN GUYOTAT

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL MARIE-CARDINE MAÎTRE DE CONFÉRENCES A

RADIOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR EDOUARD PINET

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BUFFARD, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS CHOLLAT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

RHUMATOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MEUNIER

SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE : MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES VIGNAL
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

SEMEIOLOGIE MEDICALE : MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES ORGIAZZI
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

STOMATOLOGIE : MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUMAS

THERAPEUTIQUE, REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE :
MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL EYSSETTE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

TRAUMATOLOGIE-CHIRURGIE GENERALE : MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES SPAY
MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE TISSOT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

URGENCE-REANIMATION : MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND DELEUZE
MADAME LE DOCTEUR SUZANNE ESTANOVE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

UROLOGIE : MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL PERRIN, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

=====

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. COLIN
Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE
Monsieur le Professeur Agrégé J. PELLET
Monsieur le Docteur J.M. GENEVIEVE
Monsieur le Docteur R. CAPPADORO

A ISADORA

A MONSERRAT

A AGNES

A MES PARENTS

Je les remercie pour tout ce qu'ils ont fait et font encore pour moi. Qu'ils trouvent ici un témoignage de mon affection.

A MES FRERES ET SOEURS

A MA GRAND-MERE

A MA FAMILLE

A MARIE-FRANCE

Sans qui ce travail n'aurait pas été mené à bien.
Qu'elle soit assurée de ma reconnaissance et de mon affection.

A RENE CAPPADORO

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Nous avons fait nos premiers pas en psychiatrie dans son service. Son enseignement et ses travaux nous ont beaucoup marqué et nous voudrions lui exprimer toute notre admiration. Qu'il soit remercié d'avoir bien voulu s'intéresser à notre travail.

A NOS MAITRES ET JUGES :

Monsieur le Professeur Marcel COLIN

dont l'accueil nous a beaucoup touché.

Nous avons été séduit par sa culture et son humour. Nous le remercions d'avoir accepté d'être le juge de notre travail.

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINNE

Nous ne l'avons malheureusement que peu connu dans le cadre du pavillon N. Nous le remercions d'avoir bien voulu juger notre travail.

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques PELLET

Nous avons eu la chance de profiter de son enseignement. L'accueil qu'il nous a toujours réservé et l'amitié qu'il nous a témoigné nous ont beaucoup touché. Il est pour nous beaucoup plus qu'il ne le croit sans doute. Nous voudrions en ce jour lui exprimer toute notre gratitude et notre admiration et le remercions d'avoir accepté d'être notre juge.

Monsieur le Docteur Jean-Marc GENEVIEVE

Nous le remercions de nous avoir accordé sa confiance et d'être notre juge. Ses critiques et ses réflexions sur notre travail nous ont été d'un grand soutien. Qu'il soit assuré de notre fidélité et de notre amitié.

Monsieur le Docteur René CAPPADORO

Il est notre maître et notre ami. Il sera toujours un modèle et un guide très sûr. Il a inspiré ce travail et nous espérons ne pas trop le décevoir. Qu'il trouve ici un témoignage de notre reconnaissance et de notre amitié.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur R. MORNEX
Monsieur le Professeur J.J. VIALA
Monsieur le Professeur M. BERGER
Monsieur le Docteur J. BRIERE
Monsieur le Professeur H. DEJOUR
Monsieur le Professeur J. GUYOTAT
Monsieur le Professeur L. ROCHE

A NOS MAITRES EN PSYCHIATRIE

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT
Monsieur le Docteur R. CAPPADORO
Monsieur le Professeur J. COLIN
Monsieur le Professeur J. VEDRINNE
Monsieur le Docteur B. A. COCHE
Monsieur le Docteur R. REYSS-BRION
Monsieur le Docteur G. HEEM
Monsieur le Professeur Agrégé J. PELLET
Monsieur le Docteur J. M. GENEVIEVE
Monsieur le Docteur M. ROUX

Nous remercions la direction et le personnel du service d'ergothérapie de l'Hôpital Sainte-Marie de Privas pour l'aide qu'il nous ont apportée dans l'impression de ce travail.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : HISTORIQUE	7
- CHAPITRE I	8
- CHAPITRE II : HISTOIRE DE LA FOLIE HYSTERIQUE	15
- CHAPITRE III : LA REHABILITATION DE LA FOLIE HYSTERIQUE	24
DEUXIEME PARTIE : DELIRE, FOLIE ET PSYCHOSE	28
- CHAPITRE I : LE DELIRE	29
- CHAPITRE II : LE CONCEPT DE FOLIE	31
- CHAPITRE III : DELIRE ET FOLIE	32
- CHAPITRE IV : LE CONCEPT DE PSYCHOSE	33
- CHAPITRE V : DELIRE, PSYCHOSE, FOLIE HYSTERIQUE	35
TROISIEME PARTIE : ASPECTS CLINIQUES	38
- CHAPITRE I : LES CARACTERES DU DELIRE	39
- CHAPITRE II : DELIRE HYSTERIQUE ET FILIATION	41
- CHAPITRE III : LES AUTRES CARACTERES DU DELIRE	57
- CHAPITRE IV : ASPECTS CULTURELS DE LA FOLIE HYSTERIQUE	58

QUATRIEME PARTIE : ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES	63
- CHAPITRE I : LA NOTION DE NARCISSISME	64
- CHAPITRE II : LE PROBLEME DU DELIRE	74
CINQUIEME PARTIE : PLACE NOSOLOGIQUE DE LA FOLIE HYSTERIQUE	77
- CHAPITRE I : LES PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES OU BOUFFEES DELIRANTES	78
- CHAPITRE II : LES ETATS-LIMITES	82
- CHAPITRE III : LES PSYCHOSES DE TYPE II	83
SIXIEME PARTIE : OBSERVATIONS CLINIQUES	86
I - JACQUELINE	87
II - ROGER	93
III - CHRISTINE	97
IV - VALERIE	103
V - ACHILLE	110
CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	119

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Notre propos sera dans ce travail d'essayer de cerner -sur le plan clinique et théorique- la notion de folie hystérique ; on sait que par ailleurs existe le concept de psychose hystérique et nous tenterons de montrer qu'il est préférable d'éviter ce terme.

En effet, nous avons été fréquemment confronté, dans notre pratique quotidienne, à la difficulté détablir un diagnostic entre hystérie et psychose. Ce problème, nous le verrons dans notre partie historique, fut d'ailleurs un des grands sujets de préoccupation des psychiatres du XIXe siècle et des psychiatres et psychanalystes du début du XXe siècle, pour finalement tomber dans l'oubli (cequi était peut-être une façon de le régler...), la notion de folie hystérique étant englobée, à la suite des travaux de BLEULER dans le concept tentaculaire de schizophrénie.

Il est vrai que pour certains auteurs, les manifestations délirantes sont assimilées à la psychose. Or, on peut affirmer que le délire n'implique pas forcément une psychose. C'est ainsi que l'hystérie peut être riche en épisodes délirants, sans pour qu'autant il s'agisse là d'une psychose.

Après avoir abordé l'étude historique de la notion de folie hystérique, nous tenterons de cerner les concepts de délire, de folie, de psychose et les rapports qui existent entre eux.

La troisième partie de notre travail sera consacrée à l'étude des aspects cliniques de ce que nous appelons folie hystérique. Nous verrons que le délire hystérique est avant tout centré sur une problématique de filiation.

La quatrième partie étudiera les aspects psychopathologiques et la cinquième la place nosologique de la folie hystérique.

Nous terminerons cette étude par la présentation de quelques cas cliniques.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

HISTORIQUE

Retracer l'histoire de la folie hystérique nécessite de parcourir d'abord celle de l'hystérie. Histoire longue et tourmentée, qui nous montrera que l'hystérie, qu'on l'appelle ou non ainsi, a toujours été présente dans les préoccupations de l'esprit humain,

"non seulement dans les ouvrages médicaux, mais encore dans les mythes, dans le langage populaire, dans tout ce qui vient constituer une légende"(L. ISRAEL)(48)

CHAPITRE I

"La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais" écrivait LASEGUE. L.ISRAEL propose de compléter cette phrase ainsi :

"la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais... par un médecin".(48)

C'est dire les difficultés, et les contradictions qu'a suscitées ce phénomène, qui apparaît toujours mystérieux et honteux à certains : ne dit-on pas péjorativement :

"c'est une hystérique ! " ?

"L'hystérie s'est systématisée autour de quatre grands courants, le courant utérin, le courant cérébral, le courant nerveux et le courant psychologique, qu'est le courant terminal et peut-être pas le dernier."(J.CORRAZE)(15) Et plus loin, cet auteur ajoute :

.../...

9

"... aucun de ces courants n'a vraiment pris la suite de son prédécesseur pour, en disparaissant à son tour, faire totalement place à son prédécesseur." (15)

Nous verrons que suivant les époques, les différentes conceptions retiennent ou non l'existence de troubles mentaux dans l'hystérie et combien celles-ci sont empreintes de fantasmes masculins.

LA THEORIE UTERINE

Le terme "hystérie" vient du mot grec "ὕστέρα", matrice. Cependant, déjà au XXe siècle av. J.C., des descriptions de cette maladie existaient dans les textes de l'Egypte ancienne ; à cette époque, on attribuait les symptômes "hystériques" à la migration de l'utérus à travers le corps. HIPPOCRATE reprend cette notion : l'utérus, privé par la continence d'humidité, va la rechercher en migrant au niveau du cerveau, localisation à partir de laquelle il donne divers troubles. Suivant les lieux où il se déplace, les symptômes sont variables : vomissements, convulsions, anxiété. HIPPOCRATE s'attache à la différencier de l'épilepsie et il est curieux de constater, qu'alors qu'il estime que l'épilepsie et les maladies mentales dépendent du cerveau, l'hystérie est quant à elle, une maladie organique, qui bien entendu ne peut toucher que la femme.

GALIEN n'admet pas la mobilité de l'utérus, mais continue à faire de celui-ci l'origine de la maladie, la continence sexuelle provoquant la rétention de substances toxiques.

SAINT-AUGUSTIN s'oppose à ces théories, puisque pour lui, la continence étant vertu, elle ne saurait avoir un rôle pathogène.

Le Haut-Moyen-Age, marqué par les procès de sorcellerie, voit l'hystérie se démedicaliser au profit de la religion. Toutefois, outre les symptômes somatiques, sont mis en évidence des troubles psychiques. AMBROISE PARE, au XVIIe siècle est le représentant de cette tendance et il cherche à réconcilier les thèses d'HIPPOCRATE et de GALIEN. Il décrit dans sa symptomatologie psychique divers aspects des maladies mentales connues à son époque, "de la fureur utérine à la mélancolie ou à la catatonie" (87),

"Si la cause est froide et venteuse, elle réfrigère tout le corps tellement que la respiration et le pouls des artères ne peuvent être aperçus par le sens : et si la matière est grosse, elle cause convulsions et si elle est d'humeur mélancolique, elle engendre tristesse : par lesquelles choses est évident que la machine est premièrement blessée, aussi par compassion de l'estomac, le coeur par une palpitation, le foye et le cerveau. Or le cerveau est blessé par douleur de teste, qui souvent est avec rougeur de toute la face et des yeux, avec scotomie et vertigine, c'est-à-dire qu'il semble que tout tourne c'en dessus dessous, qui se fait par une putredineuse vapeur eslevée au cerveau, perturbant entièrement les esprits, instruments des facultés animales, dont advient une resverie, tanstôt de la vertu appréhensive, tanstôt de la raisonnable, et souvent la femme parle à part soy en resvant, déclarant tant ce qu'elle doit taire que dire et quelquesfois demeure tout stupide et étonnée. Aucunes c'est un très long sommeil, appelé par les Grecs, Caros, dont elles sont sourdes et muettes et respondent rien quand on les appelle hautement : aucune fois elles entendent bien mais elles ne peuvent répondre : et tels sont les signes de la suffocation de l'utérus...

Bref, les symptômes apparaissent divers selon que la vapeur élevée de l'utérus heurte maintenant ces parties, maintenant celles-là... si vers le cerveau, elle amène avec soi quelquesfois une fureur avec babil, quelquesfois stupidité, endormissement, avec taciturnité non accoutumée, le tout selon la nature de l'humeur bilieux, ou grossier, et mélancolique, dont la vapeur est élevée..."(87)

Il s'agit là d'une première description d'une folie hystérique, telle qu'on la retrouvera plus tard : manifestations morbides polymorphes, tant psychiques que somatiques, nature onirique de certains états, évocation de la sexualité à travers l'origine "utérine" des troubles.

Une parenthèse est ici nécessaire pour évoquer les études de JOHAN WEYER, consacrées en 1563 aux possessions démoniaques(103). Cet auteur -sans évoquer l'hystérie (il parle de manie et de mélancolie)- met en avant l'existence de facteurs Psychiques à l'origine des discours des démoniaques. Ses études sur la sorcellerie profiteront à celles sur l'hystérie (en même temps qu'aux possédées...)

Notons qu'en 1567, PARACELSE, s'opposant aux conceptions mystiques de son époque, envisage l'action des idées imaginées et de l'imitation à l'origine des phénomènes hystériques. (86)

En 1603, un médecin anglais, Edward JORDEN, affirma la nature hystérique de certains phénomènes de possession, lors d'un procès, à Londres : il défendit Elisabeth JACKSON, accusée d'avoir ensorcelé la jeune Mary GLOVER, qui présentait des crises convulsives, des épisodes de cécité et de mutité. Selon lui, ces troubles étaient dus à la maladie hystérique et non à un phénomène de sorcellerie (il ne fut pas suivi par les juges...). Les symptômes psychologiques décrits par JORDEN sont des états proches du rêve et de la folie :

"le sens interne est dépravé quand une femme imagine, juge ou rappelle à sa mémoire des choses qui ne sont pas, ou des choses autrement qu'elles sont." (53)

Le XVII^e siècle verra, à la suite de ces auteurs, s'installer l'idée que l'hystérie est capable de créer des troubles de l'esprit :

"C'est dire que l'hystérie pouvait apparaître, aux yeux de certains, comme une maladie mentale à pathologie utérine et affectant secondairement le cerveau." (J.CORRAZE) (15)

Si nous nous sommes étendus sur cette théorie utérine, c'est parce qu'elle survivra avec des aménagements jusqu'au XIX^e siècle. Elle sera défendue par BROUSSAIS, LISFRANC, LANDOUZY, ROMBERG et beaucoup d'autres avec bien des excès. A titre anecdotique nous pouvons citer LOUYER-VILLERMAY qui reconnaissait au toucher vaginal, lors des accès d'hystérie, "un mouvement vermiculaire de l'utérus". (66)

Et comme le dit J.CORRAZE :

"la théorie utérine ne disparaîtra pas à jamais, elle avait projeté, sur un support organique, tout le jeu de multiples fantasmes sexuels, dans sa dernière mutation, privée de son opacité somatique, elle subsistera dans la conception de FREUD, qui, changeant de perspectives, lui donnera son sens historique profond." (15)

Un détour est obligatoire pour évoquer les idées de SYDENHAM, l'Hippocrate anglais, qui s'est intéressé à l'hystérie, avant tout pour en dénoncer les aspects de "grande simulatrice" :

"Enumérer simplement tous les symptômes de l'hystérie serait un travail de longue haleine tant ils sont nombreux. Toutefois ils ne sont pas moins nombreux que variés, protéiformes et caméléonesques. Ils sont non seulement nombreux mais aussi polymorphes par leur genèse et différents de ceux des autres maladies. C'est un farrago de phénomènes désordonnés et irréguliers."
(97)

SYDENHAM met en garde les médecins contre les ruses, les mensonges, les imitations, les falsifications que présente cette maladie. "Grande ingratitude", dit L.ISRAEL(48) "car les hystériques devaient représenter l'essentiel des guérisons obtenues par les médecins". SYDENHAM défend l'existence de troubles psychiques dans l'hystérie, et affirme que les femmes sont plus prédisposées à cette maladie que les hommes en raison de "la plus grande délicatesse" de leur corps. Il reconnaît deux étiologies principales à l'hystérie :

- des causes externes liées à la douleur, à la peur, à une émotion.
- des causes internes liées à un déséquilibre entre le corps et l'esprit, déséquilibre qui entraîne une somatisation au niveau de l'organe le plus faible à ce moment.

Toutefois, sa conception reste très personnelle et le XVIIIe siècle est avant tout marqué par l'existence, à côté de la théorie utérine, de la théorie nerveuse.

LA THEORIE NERVEUSE

Elle repose sur les concepts de sensibilité et d'irritabilité de la fibre nerveuse. Ce courant est bien représenté par Robert WHYTT. Pour lui, l'importance du système nerveux réside dans le fait qu'il met en rapport les divers organes du corps et ceux-ci avec le monde extérieur. C'est la théorie de la "sympathie des nerfs" :

"De ce pouvoir qu'ont les nerfs de sentir et d'opérer la sympathie, j'ai envisagé de déduire les divers symptômes que

.../...

l'on dit nommer nerveux"(104), théorie qui explique le polymorphisme de la maladie. Cette atteinte de la fibre nerveuse va retentir sur la psychologie de l'individu, du fait de la délicatesse et de la sensibilité trop grande du système nerveux et l'accent est ainsi mis sur les causes morales des maladies, donc sur la conduite fautive de la vie :

"Il y a beaucoup de malades, je le sais, qui ne doivent leurs maladies qu'à des pléthores d'une ou d'autre espèce; mais il y en a bien plus qui ne les doivent qu'à des affections morales (G.BAGLIVI(6)". Les tenants de cette théorie mettent également en évidence le rôle de l'imagination et de l'imitation dans la genèse des symptômes hystériques. Ainsi, en son "Traité des affections vaporeuses du sexe"(92), Joseph RAULIN écrit :

"On a vu des femmes qui, dans des états approchant des extases, imitaient les cris, le chant du coq, le croassement des grenouilles, le sifflement des serpents, l'aboïement des chiens ; est-il vraisemblable qu'elles eussent avant les attaques leur imagination remplie de choses si ridicules ? Ces maladies, ou d'autres de la même nature, dans lesquelles les femmes inventent, exagèrent et répètent toutes les absurdités dont est capable une imagination dépravée, sont quelquefois devenues épidémiques et contagieuses ; les femmes qui en étaient atteintes pouvaient-elles avoir, avant leurs attaques, l'esprit imbu des erreurs de la première malade dont elles ont reçu la contagion ?"

Il s'agit là de symptômes de la folie hystérique tels qu'ils seront repris cent ans plus tard. RAULIN retient également des états cataleptiques, mélancoliques, délirants, des fureurs convulsives et les observe même chez des hommes. Dans le rôle néfaste de l'imagination, J.CORRAZE rapporte l'exemple d'un phénomène de couvade observé par BARTOLIN :

"un (homme) qui prenait la colique en même temps que sa femme entraînait en travail pour accoucher"(15)

Cette théorie nerveuse souffrira de son trop grand polymorphisme symptomatique, malgré les efforts des différents auteurs pour clarifier le diagnostic et l'insistance portée sur l'importance des crises convulsives pour sa reconnaissance.

Il faudra donc chercher le fondement d'une nouvelle clinique. Celle-ci reposera sur l'importance accordée aux crises convulsives et fondera la théorie cérébrale

LA THEORIE CEREBRALE

Dans son livre "De la folie"⁽³⁷⁾, publié en 1820, GEORGET affirme que le siège de l'hystérie se trouve dans le cerveau. Il avait été précédé en cela bien longtemps auparavant par LE POIS (en 1618) et WILLIS (en 1667). GEORGET ramène l'hystérie à des attaques convulsives. Les autres symptômes, qu'ils soient psychiques ou somatiques (et tous les organes peuvent être atteints) ne sont que des complications. Pour lui, "il n'y a pas de folie sans délire" et puisque le délire n'est qu'un élément contingent, l'hystérie n'est pas une folie.

Cette conception de l'hystérie prévaudra pendant toute la première moitié du XIXe siècle. Progressivement, à la suite de BRODIE et BRIQUET et grâce à un examen clinique plus rigoureux, la conception organiciste de l'hystérie va commencer à s'estomper pour disparaître définitivement à la fin du siècle. Curieusement CHARCOT défendra de nouveau cette théorie organique, à laquelle s'opposa violemment BERNHEIM. BABINSKI résoudra le problème en faisant disparaître l'hystérie dans les ténèbres du pithiatisme. Enfin, vint FREUD qui effectua ses premiers travaux sur l'hystérie auprès de CHARCOT et BERNHEIM.

Plutôt que de développer les théories de ces derniers auteurs dans le cadre de l'hystérie, il nous a semblé préférable de les aborder dans celui de la "folie hystérique" dont l'histoire commence aux alentours des années 1850, en France et en Allemagne.

CHAPITRE II

L'HISTOIRE DE LA FOLIE HYSTERIQUEL'ECOLE FRANCAISE

En 1851, SANDRAS décrit un délire particulier qui ne survient pas chez les aliénés et qu'il nomme "délire nerveux", fréquemment déclenché par une secousse morale. Il ne l'inclut pas dans les troubles de l'hystérie, cependant on peut à postériori y reconnaître "quelque chose de l'ordre du délire hystérique"(71). Dans ce cadre nosologique SANDRAS range notamment : "les hallucinations délirantes connues sous le nom de Démon de Socrate, d'apparitions", les délires puerpéraux, les délires suscités par le magnétisme, les délires résultant de "l'ingestion de substances délétères", etc... Le délire nerveux se manifeste "à des degrés différents suivant une échelle infinie, depuis les plus simples suggestions déraisonnables jusqu'aux actes de démence les plus prononcés"(95). Il est polymorphe, limité dans le temps et n'est pas dû à une lésion organique. SANDRAS remarque également qu'il est curable.

En 1859, BRIQUET publie son "Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie"(10). Il aborde le problème de la folie hystérique dans l'article IX de la deuxième partie, intitulée "Attaques de délire" :

"Le délire se voit assez fréquemment chez les hystériques. On le trouve dans deux circonstances différentes. Le plus souvent il accompagne les autres formes d'attaques comme phénomène secondaire ; quelquefois, au contraire, le délire est le fait dominant, il constitue l'attaque, et ne s'accompagne que des accidents hystériques ordinaires...

Les attaques de délire sont assez rares..." elles "ont le plus ordinairement lieu chez des sujets jeunes, et principalement sur ceux dont l'intelligence est fort avancée, et dont

.../...

l'imagination et l'impressionnabilité sont très vives. Elles naissent ordinairement, comme les autres attaques, à l'occasion d'une émotion ou d'un trouble quelconque accidentellement survenus...". Pour lui, les accès de délire sont généralement longs et il ajoute :

"le délire hystérique se rencontre principalement dans le cours d'une épidémie d'hystérie ; alors il devient continu et passe à l'état de folie hystérique, ainsi que cela est arrivé aux religieuses de divers couvents... Dans ces épidémies, les malades n'avaient que de très rares moments de lucidité..."(10)

L'année 1860 voit la publication par MOREL de son "Traité des maladies mentales". Celui-ci isole le concept de folie hystérique parmi une classification de six groupes. Il la place dans le même groupe que les folies épileptique et hypocondriaque :

"...le terme de folie hystérique (est) éminemment propre à préciser un état mental qui puise dans l'hystérie ses caractères essentiels(78)".

J. MOREAU DE TOURS fait paraître en 1865, dans "l'Union Médicale" un article consacré à la folie hystérique :

"De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie"(76).

En 1869 il publie un ouvrage définitif sur la question intitulé "Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique)"(77). Cet auteur s'efforce de décrire diverses caractéristiques du délire hystérique :

"...C'est, à quelques égards, l'état de rêvasserie d'un fébricitant, moins la fièvre, et aussi avec plus d'ordre, plus de suite, je dirais volontiers plus de raison dans les idées...

...Mais la forme somnambulique n'est pas toujours, il s'en faut, aussi nette, aussi tranchée qu'on vient de le voir. Chez certains hystériques, le délire se rapproche bien plus de la folie ordinaire. Nous voulons dire que tout rapport avec le monde extérieur n'est pas rompu ; qu'à leurs idées délirantes, c'est-à-dire appartenant à un état mental, psychiquement parlant, identique avec un rêve, se joignent souvent des idées raisonnables, c'est-à-dire

.../...

conçues dans un état de veille complet et puisées dans des impressions venues du dehors..."(76). Pour MOREAU DE TOURS le délire est toujours bref mais intermittent, son installation et sa disparition sont brutales, les malades en ont une certaine conscience. Il note son analogie avec l'activité onirique et le délire artificiel créé par des hallucinogènes. Enfin, ce délire est curable.

Et J.C. MALEVAL remarque :

"La curabilité, la plasticité des troubles et leur similitude avec le rêve apparaissent aujourd'hui encore, un siècle plus tard, et dans l'après-coup de l'apport psychanalytique, constituer trois des caractéristiques essentielles de la folie hystérique"(71).

Dans "L'état mental des hystériques"(1883), LEGRAND DE SAULE, arrive pratiquement aux mêmes conclusions que MOREAU DE TOURS. Il note également une atténuation de la responsabilité des malades.

Vient enfin l'Ecole de la SALPETRIERE dominée par la personnalité du "grand maître" qu'est CHARCOT. Cette Ecole fut à l'origine de la grandeur puis du déclin de l'hystérie et de la folie hystérique. CHARCOT, en 1883, décrivait une phase de délire dans la grande crise d'hystérie :

"Quatre périodes se succèdent dans l'attaque complète avec la régularité d'un mécanisme :

- période épileptoïde
- période des grands mouvements (contradictaires, illogiques)
- période des attitudes passionnelles (logiques)
- délire terminal..."

Il faut bien noter que ces crises trouvaient une part de leur origine dans la réunion dans le même service, d'hystériques et d'épileptiques.

Pour CHARCOT, il n'est pas question de polymorphisme dans la symptomatologie de l'hystérie. En effet,

"... rien n'est laissé au hasard ; tout se passe... selon les règles, toujours les mêmes, communes à la pratique de ville et à celle de l'hôpital, valable pour tous les pays, pour

.../...

toutes les races, universelles par conséquent. La simulation dont on parle tant quand il s'agit d'hystérie, ou d'affections connexes, n'est à tout prendre, dans l'état actuel de nos connaissances qu'un épouvantail devant lequel s'arrêteront seuls les timides ou les novices"(+).

Bien que, nous l'avons vu, CHARCOT ait noté l'existence d'un délire terminal, la rigidité de son système (et peut-être sa personnalité ?) rendaient bien difficile à ses élèves la possibilité d'approfondir l'étude des manifestations délirantes. Seuls quelques-uns, et ils firent figures de marginaux s'attachèrent à celles-ci : RICHER, GILLES DE LA TOURETTE, JANET. Ainsi, RICHER écrivait-il en 1881 :

"A côté des cas d'hystérie dans lesquels on voit le désordre psychique alterner avec les troubles somatiques, les remplacer et peu à peu s'y substituer, on conçoit l'existence d'une forme spéciale d'hystérie non convulsive consistant en troubles intellectuels d'une nature déterminée et constituant en quelque sorte une véritable hystérie morale."(93)

Et nous citerons ici J.C. MALEVAL(71) :

"néanmoins, avec la diffusion des thèses de MOREL et MAGNAN concernant la dégénérescence, l'on eut tendance à faire une place sans cesse croissante à "la folie des dégénérés", si bien que, pour la majorité des élèves de CHARCOT, ce concept fourre-tout ne tarda pas à englober la plupart des folies hystériques. Cette thèse est défendue avec vigueur par COLIN, dans sa thèse de doctorat, parue en 1890, préfacée par CHARCOT ; selon lui, "lorsque les hystériques deviennent aliénés, leur délire n'a rien de caractéristique. Il s'agit alors d'une combinaison de l'hystérie et de la dégénérescence mentale héréditaire", en sorte qu'il n'existe pas, à proprement parler, de folie hystérique".(14)

Cependant, c'est un élève de CHARCOT, qui dans la dernière décennie du XIXe siècle, fait paraître des travaux majeurs sur la folie hystérique. Il s'agit de Pierre JANET, qui en 1889, publie "L'automatisme psychologique"(49) et en 1893 et 1894 "L'état mental des hystériques"(50)(++).

(+)CHARCOT Ière leçon 1883

(++)notons qu'en 1895 paraissent les "Etudes sur l'Hystérie" de FREUD et BREUER. Nous y reviendrons. .../...

Pour JANET, toutes les manifestations hystériques se fondent sur un "fait fondamental auquel tous les symptômes se réduisent"(50). Ce fait, est le rétrécissement du champ de la conscience, ou dédoublement de la personnalité. L'hystérie est donc une maladie mentale, d'origine psychologique, et JANET y distingue deux sortes de symptômes : les "accidents" (symptômes contingents), liés à l'existence d'une "idée fixe subconsciente", et les "stigmates" (symptômes permanents) qui sont l'expression du "rétrécissement du champ de la conscience", s'expliquant par un manque de force psychologique chez le malade. Pour JANET le délire est donc un symptôme hystérique (un "accident") et

"(il) a été produit ici par le même mécanisme qui amène chez d'autres malades des paralysies, des contractures, ou des attaques".(50)

JANET, outre le classique délire lié à l'attaque, observe des délires prolongés et même des délires chroniques. Il note que l'hystérie peut provoquer des délires d'action, des délires maniaques, des délires de persécution. Ce délire est curable par la suggestion hypnotique ou la psychothérapie, ce que JANET prouvera en soignant son malade ACHILLE.

Mais tous les travaux de JANET seront oubliés et balayés par la pensée et l'autorité de BABINSKI.

BABINSKI va s'efforcer par une clinique très fine de distinguer les troubles créés par une lésion organique de ceux créés par l'hystérie. En 1892, il différencie, de façon intrinsèque, la paralysie faciale hystérique de la paralysie faciale organique.(3) En 1893 il affirme qu'il n'existe aucune modification des réflexes tendineux dans la paralysie hystérique. En 1900, il donne un ensemble de signes qui fondent la différence entre les hémiplésies hystériques et les hémiplésies organiques (4). Aussi peut-il en 1901 donner une "définition de l'hystérie"(5) :

"L'hystérie est un état psychique, rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primaires et accessoirement par quelques troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion, avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion... le néologisme pithiatisme pourrait fort bien désigner

.../...

l'état psychique qui se manifeste par des troubles guérissables par la persuasion..." Tout cela va finalement conduire BABINSKI en 1907, au congrès de LAUSANNE à rejeter toute trace d'aliénation dans l'hystérie, et à rayer la folie hystérique de la nosologie psychiatrique. L'influence de BABINSKI est si forte qu'elle amènera en 1908 un médecin belge, LARUELLE, auteur en 1907 d'un article intitulé "La psychose hystérique"(62) à renier ses écrits. Il décrivait dans ce cadre des "états de dépression ou d'excitation, des délires à pronostic favorable, ayant tendance à récidiver, des somnanbulismes et automatismes ambulatoires, ainsi que des états crépusculaires"(71). La psychose hystérique est spécifiée, pour lui, par sa curabilité par la psychothérapie. Mais il reviendra sur ses dires au Congrès des psychiatres et neurologues belges, en 1908 :

"les adversaires de la folie hystérique sont la très grande majorité et la discussion terminée, le Dr. LARUELLE -le rapporteur- se déclare d'accord avec ceux des orateurs qui n'admettent plus l'existence de la folie hystérique proprement dite, absorbée, déformée en partie par la démence précoce, en partie par la psychose maniaco-dépressive".(67)

Voilà donc ce qu'écrivaient en 1910, les derniers "défenseurs" de la folie hystérique, MAIRET et SALAGER, dans un ouvrage qui passera inaperçu. (67). Ces auteurs font une classification en sept groupes. Le premier est constitué par le "délire hystérique lié aux attaques convulsives"; le second par le "délire équivalentaire", c'est-à-dire, équivalent de la crise; le troisième par ce même délire équivalentaire revenant par crises rapprochées entrecoupées de rémissions ; le quatrième par un délire hystérique prolongé ; le cinquième par un délire hystérique avec amnésie ; le sixième par une combinaison du délire hystérique et du délire "vésanique" qu'ils nomment "folie hystéro-vésanique" ; le septième par des symptômes hystériques s'ajoutant à des aliénations mentales diverses. Selon eux, ce sont les deuxième, troisième et quatrième groupes qui doivent être nommés des folies hystériques. Leurs thèses ne seront pas discutées, la folie hystérique étant déjà englobée dans le cadre de la démence précoce et de la psychose maniaco-dépressive, pour l'être, à partir de 1911, dans celui de la schizophrénie, concept introduit par la psychiatrie de langue allemande.

L'ECOLE ALLEMANDE

En 1845, GRIESINGER publie un "Traité des maladies mentales"(40) dans lequel il accorde une large place à la folie hystérique. Il en distingue deux formes, l'une caractérisée par des moments de délire incluant des éléments oniriques et érotiques, l'autre consistant en une forme chronique de folie allant de pair avec des troubles somatiques importants : céphalées, "congestion cérébrale", diarrhée, etc...

Le concept de folie hystérique restera fortement implanté dans la psychiatrie de langue allemande jusqu'à la parution des travaux de BLEULER en 1911 qui le feront disparaître de la nosologie. Ainsi KRAFFT-EBING en distingue diverses formes : folie de l'hystérique dégénéré, manie et mélancolie hystérique, aliénation mentale passagère hystérique, délires hystériques prolongés(57).

L'année 1895 voit paraître le "Traité de psychiatrie" de KRAEPELIN. Jusqu'à sa dernière édition en 1915 il fera une place à part à la folie hystérique. Pour lui, les crises théâtrales, les anesthésies, les rétrécissements du champ oculaire, le polymorphisme des troubles et l'efficacité de la suggestion pour modifier la symptomatologie sont les caractéristiques de cette maladie. Cependant, il la pense incurable car "on arrive bien à agir sur les symptômes, mais l'essence même, la base de l'affection ne se modifie jamais.(56)

A partir du début du XXe siècle, l'histoire de la psychiatrie est indissociable de celle de la psychanalyse. Nous allons donc nous intéresser aux travaux de FREUD.

L'APPORT DE FREUD

Il est évidemment impossible de reprendre ici l'évolution des idées de FREUD sur l'hystérie, car cela reviendrait à retracer l'histoire de la psychanalyse. Nous nous bornerons à mentionner ce qui dans son oeuvre ressortit de la folie hystérique. En effet le terme de "psychose hystérique" apparaît plusieurs fois dans les premiers écrits de FREUD et il en fait même un cadre à part dans le "Manuscrit H" accompagnant une lettre à FLIESS du

du 24-I-1895 : dans les psychoses hystériques, la représentation chassée domine la conscience, les hallucinations sont hostiles au moi et à la défense ; le résultat en est un échec de la défense.(28)

Dans les "Etudes sur l'hystérie" parues en 1895, FREUD et BREUER considèrent les délires comme faisant partie des "phénomènes hystériques" et ils citent comme exemples les "délires hystériques des saints et les religieuses, des femmes continentes, des enfants sévèrement éduqués".(31)
Plus loin, BREUER fera des remarques intéressantes sur le caractère du délire :

"...Il faut naturellement ranger avant tout parmi les états hypnoïdes les autohypnoses réelles qui ne se distinguent des hypnoses artificielles que par leur apparition spontanée. Elles sont plus ou moins fréquentes, plus ou moins durables, ainsi que nous pouvons l'observer; dans les hystéries pleinement développées, elle alternent souvent et très rapidement avec les états normaux de veille. Leur contenu idéatif, analogue à celui des rêves, permet maintes fois de les qualifier de "délires hystériques"()."

Il faut bien dire que tous les cas des "Etudes sur l'hystérie" sont riches en manifestations hallucinatoires et délirantes, à l'exception de celui d'Elisabeth VON R. Ainsi Anna O. voit en hallucination des serpents noirs et a des troubles de la parole, allant jusqu'à l'utilisation exclusive de langues étrangères ; à son sujet BREUER intitule la deuxième phase de sa maladie : "la maladie manifeste : une psychose singulière" ; E. JONES affirme qu'elle développa une grossesse nerveuse, ce qui n'est pas confirmé par d'autres sources(17). EMMY VON N. a des hallucinations effrayantes d'animaux et de cadavres, et en arrive au délire. Miss Lucy R. à des hallucinations olfactives, Katharina l'hallucination répétée d'une tête effrayante.

En 1900 dans l' "Interprétation des rêves", FREUD parle d'hallucinations dans l'hystérie et les fait correspondre à "des régressions"(24). Après cette date, on ne trouve plus guère mention de l'ordre de la psychose hystérique, mis à part en 1907, dans son étude intitulé "délire et rêves dans la

"GRADIVA" de JENSEN où il parle du "délire hystérique de Norbert HANOLD"(21) et en 1911, où dans une lettre à JUNG il mentionne un cas de "paranoïa hystérique"(20).

Une des grandes préoccupations des auteurs de l'époque est de différencier l'hystérie de la démence précoce (notamment JUNG et ABRAHAM) mais ils manquent d'un critère structural pour y parvenir. Ainsi JUNG écrivait-il à FREUD, le 4 juin 1907 :

"Actuellement, j'ai un cas où malgré tous mes efforts, je ne peux pas distinguer s'il s'agit d'une démence précoce ou d'une hystérie. Il faut dire que de manière générale les différences entre démence précoce et hystérie s'effacent chez moi de façon tout à fait inquiétante depuis que j'analyse"(20). Ce problème fut en partie résolu grâce à l'introduction par Eugen BLEULER du concept de schizophrénie :

"Je nomme la démence précoce schizophrénie", écrit-il,

"parce que, comme j'espère le démontrer, la dissociation (Spaltung) des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants"(8).

Le groupe des schizophrénies est caractérisé par trois sortes de symptômes fondamentaux : la dissociation des fonctions psychiques, les troubles associatifs, les troubles affectifs. Les autres symptômes (hallucinations, délires, états confusionnels, crépusculaires...) sont accessoires et sont des effets de la dissociation primordiale. BLEULER a l'ambition de créer une théorie générale des maladies mentales ce qui va l'amener à faire de la schizophrénie un concept tentaculaire. Il n'est pas étonnant dès lors que les "dédoublement de personnalité" -où la Spaltung est évidente- jusqu'à alors toujours classés dans le cadre de l'hystérie, fassent partie, pour lui, de la schizophrénie, de même que tous les troubles graves de l'hystérie :

"Quand un soi-disant hystérique devient fou ou dégénéré..., il n'est justement pas un hystérique mais un schizophrène"(8)

BLEULER donne la priorité au concept de schizophrénie par rapport à celui d'hystérie et quand il y a un doute, il faut trancher en faveur de la schizophrénie : .../...

"Nous présumons une schizophrénie quand les symptômes spécifiques de cette maladie ont pu être établis, et une hystérie ou une neurasthénie quand, à la faveur d'un examen minutieux, des symptômes hystériques ou neurasthéniques se révèlent, mais en revanche aucun symptôme schizophrénique"(8).

Le sort de la folie hystérique est donc décidé et cette notion disparaîtra rapidement de la nosologie psychiatrique, étant tombée dans l'oubli.

Des reliquats de la folie hystérique se retrouveront plus tard lorsque sera créé le concept de psychoses post-oniriques, puis, le problème de la distinction entre schizophrénie et hystérie se posant toujours, naîtront la schizose, l'hystero-catatonie, la schizoïdie, les états-limites(+), la schizophrénie pseudo-psychotique, la psychose marginale, la schizophrénie fruste... En 1925, W. REICH présentera encore un cas sous le nom de psychose hystérique, mais il sera le dernier à utiliser ce terme et ce, jusqu'aux années 1960.

CHAPITRE III

LA REHABILITATION DE LA FOLIE HYSTERIQUE (++)

Dans les années 1950, ROSEN et M. SECHENAYE obtiennent de spectaculaires résultats dans le traitement de "schizophrènes" et montrent qu'il existe la possibilité de phénomènes transférentiels et d'un travail analytique. Cette infirmation des opinions de FREUD, ABRAHAM et BLEULER quant à l'impossibilité d'établir un transfert avec les schizophrènes devait amener certains psychiatres à réintroduire le concept de "psychose hystérique". En 1958, réapparaît la notion de délire hystérique, sous la plume de K. CONRAD(106). En 1960, HINSIE et CAMPBELL, dans leur "Dictionnaire psychiatrique" mentionnent la psychose hystérique(45). En France, FOLLIN, CHAZAUD et PILON publient en 1961 un remarquable

(+) ce terme fut introduit en 1884 mais son développement est plus tardif.

(++) Titre emprunté à J. C. MALEVAL et J.P. CHAMPANIER. .../...

article intitulé "Cas cliniques de psychoses hystériques"(32). Pour ces auteurs, les cas de "psychose hystérique" sont fréquents et la polarité délirante pourrait appartenir à "l'essence de la maladie". La méconnaissance de ces aspects hystériques, trop souvent confondus avec la schizophrénie "peut conduire aux plus graves erreurs thérapeutiques... ou aux succès les plus indûments retentissants, sans parler des implications pronostiques les plus lourdes".(32). Ils décrivent les caractères du délire :

"ils ne sont jamais constitutifs d'une néo-réalité ou d'une néo-mondanité fantasmatique stable. Ils sont thématiques, voire "focalisés" (à prévalence mystico-sexuelle)" et l'altération du niveau de conscience se fait sur le mode de la "distraction", et plus loin :

"Ce qui caractérise le mieux peut-être le moment "déficient" du délire est ici, dans l'"extase", la double nuance de FASCINATION et de SPECULARITE qui articule la FORME et le CONTENU, en nous mettant ainsi sur la voie de la STRUCTURE(+) particulière." Ils insistent enfin sur l'importance de la thématique oedipienne dans le délire.

En 1964, la psychiatrie anglo-saxonne retrouve la notion de psychose hystérique, par des travaux de HOLLENDER et HIRSCH. Ceux-ci décrivent des épisodes de délire aigu comparables à ce que la psychiatrie française nomme "bouffée délirante", mais survenant sur un terrain hystérique(46). Ils reviennent en 1969 sur ce problème et distinguent trois formes de psychoses hystériques : la première serait un comportement déterminé par le système de croyances prévalent dans une culture donnée (phénomènes de possession), la seconde, la simulation d'un comportement psychotique, la troisième une véritable psychose temporaire(47)(++)

En France , en 1968, F. PERRIER évoque ce problème : dans son article intitulé "Structure hystérique et dialogue analytique" : (88)

(+)mots soulignés par les auteurs

(++)cité par J.C. MALEVAL dans "L'escamotage de la folie hystérique".(71)

.../...

"On sait qu'à la limite, peut se présenter le tableau de la psychose hystérique. Ici se démontre dramatiquement l'extrême fragilité de certaines patientes et leur aptitude à la régression. Faute du support d'une imago narcissique, il n'y a plus qu'un corps morcelé comme témoignage archaïque du "Stade du miroir" ; il n'ya plus qu'une langue seconde pour des angoisses de scène primitive ou des mythomanies mystiques. Et pourtant rien n'est forclos..."(88)

La même année, C. VILLECHENOUX retrace l'évolution du "Cadre de la folie hystérique de 1870 à 1918"(100). En 1969, J. COTTRAUX, M.P.REYSS-BRION et D. MASSOT écrivent un article sur la question (16) et en 1970, J. JEANNIN. CHAVANNE y consacre sa thèse (52).

En 1971, SIOMOPOULOS cherche à dégager les caractéristiques structurales de la psychose hystérique et insiste surtout sur le degré d'intensité des troubles pour la différencier de la schizophrénie (96). DE BOUCAUD et coll. interviennent en 1971 au Congrès de psychiatrie et de neurologie de CAEN sur le thème : "Psychoses délirantes aiguës et structure hystérique".

Gisela PANKOW a consacré également des travaux à la psychose hystérique, tout d'abord en 1969(82), en 1973 (83), 1977 (84) et 1978 (85). Pour elle,

"la psychose hystérique est un délire non schizophrénique qui concerne la deuxième fonction de l'image du corps... Elle se situe dans le cadre de difficultés identificatoires (...) analysées par rapport à deux registres : celui de la forme (première fonction du corps) et celui de son contenu (deuxième fonction du corps)... Ainsi le délire hystérique se distingue profondément de tout délire schizophrénique où la première fonction de l'image du corps est également atteinte".(84)

Plus loin , elle note une augmentation actuelle des cas de psychose hystérique. Nous pensons, qu'il n'y a pas en réalité augmentation, mais plutôt reconnaissance de ces cas.

En effet, les travaux consacrés à ce sujet se multiplient depuis quelques années. Citons G. PRINGUET(90), B. AUBIN et coll.(2), M. GADEN(34), M.M. BOURRAT et coll.(9). Les plus



intéressants de ces travaux sont ceux de J. C. MALEVAL (68)(69)(70) (71) (72) et de R. CAPPADORO(12).

Dans "Pour une rehabilitation de la folie hystérique"(68) J.C. MALEVAL et J.P. CHAMPANIER tentent de montrer que grâce à la contribution lacanienne à la théorie de la psychose, il est possible de distinguer entre cette dernière et la folie hystérique et que le délire est un symptôme. Les autres articles de J.C. MALEVAL tentent également de différencier les folies hystériques des psychoses dissociatives et il insiste sur les mécanismes à l'origine du déclenchement du délire (retour du refoulé).

R. CAPPADORO, dans son "Mémoire de Psychiatrie", (12) légitime la notion de "folie hystérique", en distinguant les concepts de folie^{et} de psychose et retient trois notions psychopathologiques :

- la perturbation de la relation à l'image spéculaire,
- le mode relationnel prévalent qui est celui de la relation d'objet narcissique
- le délire qui est un délire oniroïde repose sur le mécanisme du retour du refoulé.

DEUXIEME PARTIE

DELIRE, FOLIE ET PSYCHOSE

DELIRE, FOLIE ET PSYCHOSE

"Le domaine de l'hystérie a toujours été un des lieux électifs de débats en ce qui concerne le problème crucial des rapports entre les psychoses et les névroses..." écrivent FOLLIN, CHAZAUD et PILON. (32)

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les termes de "folie hystérique" et de "psychose hystérique" sont employés indifféremment. Cela n'est pas sans poser problème : en effet, d'une part les termes "psychose" et "hystérie" sont antinomiques, étant entendu que l'hystérie ne peut à la suite des travaux analytiques que se rattacher à une structure névrotique ; d'autre part, la "folie" ne peut se réduire à la "psychose". Nous allons essayer, en ces lignes de légitimer l'emploi de la notion de "folie hystérique", en tant qu'il ne s'agit pas d'une psychose et qu'il existe là une différence de structure. Cependant, quels que soient les termes employés, le délire est mis au premier plan de ces manifestations. Aussi nous arrêtons-nous d'abord sur cette bien complexe notion.

CHAPITRE I

LE DELIRE

Pour A. POROT(89), le délire "correspond à une "pensée déréelle" et représente une construction intellectuelle non conforme à la réalité et à laquelle le sujet apporte une croyance irréductible". Encore faudrait-il s'entendre sur la notion de réalité. Revenons donc plutôt à l'étymologie. "Délirer vient du terme "délirium", mot médical de la Renaissance, forgé comme substantif verbal de "délirare" formé lui-même par le mot "lira", qui veut dire "sillon" et par le préfixe "de" qui signifie "quitter, sortir de". "Délirare" préfixe donc au sens propre : sortir du sillon, de la ligne droite ; et au sens figuré : délirer, extravaguer. En français, le populaire "dérailler" se rapprocherait le plus de cette première signification. Notons également que,

.../...

suivi de deux accusatifs, "delirare" signifie, "se croire, se prendre pour" : ainsi "se deum delirare" = se prendre pour un dieu, dans le délire se croire dieu"(35). Du délire, deux définitions sont classiques : celle d'ESQUIROL :

"un homme est dans le délire lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque son jugement et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses sentiments et ses déterminations sont indépendantes de sa volonté" ; et celle de FALRET :

"le délire est une erreur dont le patient n'est pas conscient". A la fin du XIXe siècle le terme "délire" qualifiera les troubles mentaux d'une certaine gravité et deviendra synonyme de "psychose". Puis, LASEGUE et FALRET introduiront la locution "délire chronique à évolution progressive" dont il nous reste la notion de "délire chronique". Enfin, sous l'influence de l'allemand et de l'anglais, "le terme délire dénote à l'heure actuelle à la fois :

- l'idée délirante ("delusion" en anglais, "Wahn" en allemand), et tout ce qui a trait aux thèmes, croyances, convictions, c'est-à-dire la production imaginaire.

- l'acte de délire ("delirium" en anglais et "Delirium" en allemand), désordre global du fonctionnement psychique et de la personnalité. Le délire est ici un mode d'être au monde ; il est donc vécu et non subi par le malade"(A. BEETSCHEN)(7), H. EY propose quant à lui de distinguer le "délire"(expérience délirante) et le "Délire"(de la personnalité) (18):

Il nous semble que dans ses "Propos sur la causalité psychique"(58), J. LACAN pose remarquablement le problème du délire et de la folie.

Pour lui, tout délire et toute hallucination impliquent une croyance. Mais "quel est donc le phénomène de la croyance délirante ? Il est disons-nous, méconnaissance, avec ce que ce terme contient d'antinomie essentielle. Car méconnaître suppose une reconnaissance, comme le manifeste la méconnaissance systématique(+), où il faut bien admettre que ce qui est nié soit en quelque façon reconnu"... "il me paraît clair... que dans les sentiments d'influence et d'automatisme, le sujet ne reconnaît pas ses propres productions comme étant siennes, c'est en quoi

nous sommes d'accord qu'un fou est un fou. Mais le remarquable n'est-il pas plutôt qu'il ait à en connaître ? et la question, de savoir ce qu'il connaît là de lui sans s'y reconnaître ?

Car un caractère beaucoup plus décisif pour la réalité que le sujet confère à ces phénomènes, que la sensorialité qu'il y éprouve ou la croyance qu'il y attache, c'est que tous, quels qu'ils soient, hallucinations, interprétations, intuitions et avec quelque extranéité et étrangeté qu'ils soient par lui vécus, ces phénomènes le visent personnellement".

Le terme de "croyance" désigne "un assentiment parfait en ce sens qu'il excluerait le doute, sans cependant avoir le caractère intellectuel et logiquement communicable du savoir", l'assentiment étant un "acte de l'esprit qui adhère à une proposition, ou un état qui résulte de cet acte" (60). Quant au mot "connaître", on peut l'entendre par "avoir dans l'esprit un certain objet de pensée non seulement en tant que donné, mais en tant que bien saisi dans sa nature et ses propriétés" (60). Et le fou "y voit" tellement qu'il ne se formalisera pas que nous n'entendions pas avec lui ses "voix". En effet, si ces manifestations délirantes ont été inconsciemment créées, c'est pour qu'elles ne soient soumises à aucune contingence ou aucun changement, et au contraire qu'elles aient un sens absolu, "exemplairement imaginaire" (101).

CHAPITRE II

LE CONCEPT DE FOLIE

La folie, les travaux de Michel FOUCAULT l'ont établi (33), se définit par rapport à la raison. Au XVIII^e siècle, un des Encyclopédiste écrivait :

"s'écarter de la raison avec confiance, et avec la ferme persuasion qu'on la suit, voilà, me semble-t-il, ce qu'on appelle être fou". La folie est l'autre de la raison, elle est déraison.

Nous devons maintenant nous interroger sur les différents sens du mot raison, en précisant tout d'abord que, dans

.../...

dans ses rapports avec la folie, la raison doit s'entendre en tant que faculté et non en tant qu'objet de connaissance.

La raison peut se définir comme "faculté de raisonner discursivement, de combiner des concepts et des propositions"(60) et c'est en ce sens qu'elle est considérée presque universellement comme le propre de l'homme. Pour SAINT THOMAS D'AQUIN, la raison ("ratio") s'oppose à l'"intellectus", "faculté de connaître supérieure et intuitive, bien que toutes deux aient une racine commune dans la nature de l'âme".(60)

Selon DESCARTES, la raison peut-être considérée comme la faculté de "bien juger", c'est-à-dire de discuter le bien et le mal, le vrai et le faux, le beau et le laid, par un sentiment intérieur spontané et immédiat. En ce sens, la raison s'oppose à la "folie" et à la "passion" :

"l'homme passionné raisonne mal, contrairement aux lois logiques ; et de même le fou au moins dans certains cas"(60)

Une passion, dans le sens moderne, "est une tendance d'une certaine durée, accompagnée d'états affectifs et intellectuels, d'images en particulier et assez puissante pour dominer la vie de l'esprit"A. LALANDE (60).

La raison peut encore s'entendre comme "connaissance naturelle, en tant qu'elle s'oppose à la connaissance révélée, objet de la foi" et encore comme "système de principes a priori, dont la vérité ne dépend pas de l'expérience, qui peuvent être logiquement formulés, et dont nous avons une connaissance réfléchie".

CHAPITRE III

DELIRE ET FOLIE

Georget, en 1820, dans son Traité "De la folie", considérait que ce qui caractérise la folie est le délire :

"Le symptôme essentiel de cette maladie, celui qui la caractérise et sans lequel elle n'existerait pas, sur qui reposent les divisions en genres, espèces et variétés, dépend d'une lésion

des fonctions cérébrales ; il consiste en des désordres intellectuels auxquels on a donné le nom de délire ; il n'y a point de folie sans délire".

Si cela -nous le verrons plus loin- est très discutable, nous pensons quant à nous pouvoir dire que tout délire est folie, en considérant ici le délire en tant qu'"acte de délire".

Cependant cet acte de délire n'est pas une expérience purement négative ; FREUD précise au contraire :

"Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction. Le succès, après la catastrophe est plus ou moins grand, il n'est jamais total."(19)

Une autre fonction du délire est que, à l'instar du rêve il accomplit de façon hallucinatoire un désir insatisfait et "plutôt délirer que ne pas exister"(80). La folie apparaît ainsi comme une possibilité intrinsèque de l'existence elle-même. "L'être de l'homme", écrit LACAN, "non seulement ne peut pas être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme la limite de sa liberté"(58).

CHAPITRE IV

LE CONCEPT DE PSYCHOSE

Qu'en est-il du délire par rapport à la psychose ? Il nous faut d'emblée reconnaître que définir la psychose n'est pas chose aisée. Pour LAPLANCHE et PONTALIS :

"Envisagé dans sa compréhension, le concept de psychose reste en psychiatrie défini d'une façon plus intuitive que systématique, par des traits empruntés aux registres les plus différents. Dans les définitions courantes, on voit souvent figurer côte à côte des critères comme l'incapacité d'adaptation sociale (problème de l'hospitalisation), la "gravité" plus ou moins grande des symptômes, la perturbation de la faculté de communication, l'absence de conscience de l'état morbide, la perte du contact avec la réalité, le caractère non "compréhensible" (selon le terme de JASPERS) des troubles, le déterminisme organique ou psychogénétique, les

.../...

altérations plus ou moins profondes et irréversibles du moi".(61)

Comme nous le voyons, les critères sont nombreux et parfois bien vagues pour cerner ce concept. Aussi, pour y voir plus clair, reprendrons-nous rapidement l'évolution des idées sur la psychose.

Le terme de psychose aurait-été introduit en 1845 par VON FEUCHTERSLEBEN, dans son "Manuel de psychologie médicale" pour désigner la "maladie mentale". Ce terme remplace celui de "Vésanie" et ne s'oppose pas à celui de "névrose", introduit en 1777 par William CULLEN : les psychoses sont une classe particulière des névroses. Aussi VON FEUCHTERSLEBEN peut-il écrire :

"Toute psychose est en même temps une névrose parce que sans intervention de la vie nerveuse, aucune modification du psychique ne se manifeste ; mais toute névrose n'est pas également une psychose".

Le terme de psychose gagna progressivement les nations de langue allemande pendant la seconde moitié du XIXe siècle, puis la France. Mais l'opposition des concepts psychose-névrose ne se fera qu'à la fin du XIXe siècle.

En 1822, BAYLE met en évidence l'anatomie pathologique de la paralysie générale, ce qui aura une grande influence sur l'histoire de la psychiatrie. En effet, s'opposent alors deux courants en Allemagne : le courant "psychiste" et le courant "organiciste". Dans le premier, nous trouvons HEINROTH qui avait réutilisé le terme de paranoia, qui pour lui désigne un trouble de l'intelligence. Dans le second, nous trouvons GRIESINGER qui affirme que les maladies mentales sont des maladies du cerveau, et cette "école" concevra les maladies mentales sur le modèle de la paralysie générale.

KRAEPELIN, dès 1883 va tenter d'opérer un regroupement des diverses entités décrites pendant la seconde moitié du XIXe siècle en se basant sur le critère de l'évolution.

C'est la psychanalyse qui établira une distinction précise entre névrose, psychose et perversion.

.../...

Dans le manuscrit H du 24-I-1895 (28) FREUD désigne comme psychoses la "confusion hallucinatoire", la "paranoïa" et la "psychose hystérique" (qu'il différencie de la névrose hystérique).

On sait les difficultés qui ont présidé à cette distinction et combien ont été nombreuses les modifications apportés par FREUD à ces classifications successives.

Toutefois, nous pouvons écrire, avec LAPLANCHE et PONTALIS(61) :

"Dans (le) groupe (des psychoses), la psychanalyse a cherché à définir différentes structures : paranoïa (où elle inclut d'une façon assez générale les affections délirantes) et schizophrénie d'une part ; d'autre part mélancolie et manie. Fondamentalement, c'est dans une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité que la théorie psychanalytique voit le dénominateur commun des psychoses, la plupart des symptômes manifestes (construction délirante notamment) étant des tentatives secondaires de restauration du lien objectal".

CHAPITRE V

DELIRE, PSYCHOSE, FOLIE HYSTERIQUE

Comme nous l'avons vu, c'est la psychanalyse qui permet à l'heure actuelle de cerner avec le plus de pertinence le concept de psychose. Cela n'exclut pas cependant certaines difficultés, ne serait-ce qu'en raison des opinions différentes des diverses "écoles" psychanalytiques sur ce sujet.

Aussi pour dépasser ces querelles, nous paraît-il plus approprié de raisonner en terme de structure, dans la mesure où une structure dénote une disposition caractéristique des différentes parties d'un ensemble, en y incluant le jeu des interactions possibles, ou comme le précise A. LALANDE "un tout formé de phénomènes solidaires tels que chacun(des éléments) dépend des autres et ne peut être ce qu'il est que dans et par sa relation avec eux"⁽⁶⁰⁾ Pour LACAN, la structure se décèle "dans les effets que la combinatoire pure et simple du signifiant

.../...

détermine dans la réalité où elle se produit"(58). Ainsi, si l'on veut bien admettre cette notion de structure psychotique, nous pouvons déjà différencier la folie de celle-ci, car d'une part, il est beaucoup de structures psychotiques où n'éclora jamais un délire, d'autre part la folie n'est pas réductible à la structure psychotique.

La psychanalyse a rapporté également à une même structure hystérique des tableaux cliniques variés : hystérie d'angoisse et hystérie de conversion surtout, mais aussi hystéries de défense, de rétention, hypnoïde.

Nous pouvons ainsi différencier ces structures -psychotique et hystérique- par la prévalence de certains mécanismes. A la suite de J. LACAN, nous avancerons que le mécanisme spécifique à l'origine de la psychose est la forclusion du Nom-du-Père. En revanche, ce qui spécifie la névrose hystérique est le refoulement.

Le terme de forclusion répond à l'allemand "Verwerfung" utilisé par FREUD dans son analyse de "L'homme aux loups", où il s'oppose au terme "Verdrängung", traduit par refoulement.

"(La forclusion) se définit par l'échec du refoulement originaire et donc par l'échec de l'entrée dans le symbolique ou langage. Le sujet reste rivé à l'imaginaire, pris pour réel, à la non-distinction du signifiant et du signifié ; soit que le signifiant soit privilégié et pris dans son sens littéral en dehors de toute opération référentuelle à sa dimension de symbole soit que le signifié soit prévalent".(A. LEMAIRE)(64)

Ainsi, un signifiant refoulé peut faire retour dans le conscient sous forme de symptôme, lapsus, acte manqué par exemple, alors qu'un signifiant forclos est barré, rayé purement et simplement.

S. LECLAIRE propose une image pour rendre compte de la différence entre le refoulement et la forclusion :

"Si nous imaginons l'expérience comme un tissu, c'est-à-dire, au pied de la lettre comme une pièce d'étoffe constituée de fils entrecroisés, nous pourrions dire que le refoulement y
.../...

serait figuré par quelque accroc ou déchirure, même importante, toujours passible d'être reprise ou stoppée, alors que la forclusion y serait figurée par quelque béance due au tissage lui-même ; la forclusion serait une sorte de "trou originel" jamais susceptible de retrouver sa propre substance puisqu'elle n'aurait jamais été autre que substance de trou."(63)

Mais qu'advient-il du signifiant forclos ? "Ce qu'il en advient," dit LACAN, "vous pouvez le voir ce qui n'est pas venu au jour du symbolique apparaît dans le réel"(58), ce que Serge LECLAIRE exprime de la façon suivante :

"C'est ce qui a été rejeté de l'ordre symbolique, qui réapparaît au cours du délire dans le réel, ou tout au moins sur un mode d'expérience délirante de la réalité..."(107)

Nous pensons ainsi avoir montré qu'il n'est pas légitime d'utiliser le terme de "psychose hystérique" et c'est pourquoi nous utiliserons celui de "folie hystérique".

TROISIEME PARTIE

ASPECTS CLINIQUES

ASPECTS CLINIQUES

"Chacun sait que l'hystérie évolue avec son temps. Ce temps est aujourd'hui celui d'une culture freudienne élargie, voire diluée dans les vulgarisations ; il est aussi sociologiquement celui du droit à la liberté sexuelle et à la jouissance. Nul étonnement dès lors à ce que la symptomatologie des névroses hystériquement structurées se donne le style et les tournures de la mode du jour sans se déguiser des vêtements de nos grands-mères".

Ce qu'écrivait F. PERRIER dans son article "Structure hystérique et dialogue analytique"(88) est confirmé par les divers aspects cliniques que peut prendre la folie hystérique. Des délires zoanthropiques aux "sensations d'être un O.V.N.I." en passant par les délires de possession, extatiques, ou à thèmes plus franchement sexuels, nous voyons là encore l'exceptionnelle aptitude des patients à se conformer aux préoccupations de leur temps.

Nous tenterons dans ce chapitre de préciser les caractéristiques cliniques de la folie hystérique et plus particulièrement du délire hystérique.

CHAPITRE I

LES CARACTERES DU DELIRE

En 1869, MOREAU de TOURS mettait en évidence l'analogie du délire hystérique avec le rêve(77). De fait, un siècle plus tard, ce caractère onirique du délire hystérique en est encore un des aspects principaux. CHASLIN, dans ses "Eléments de sémeiologie" l'appelait "délire de rêve" et le décrivait comme systématique, coordonné, reposant plus sur la "distraction" que

sur la confusion, ce tableau pouvant s'accompagner d'un syndrome de GANSER, d'une alternance de personnalité, bref, ce qu'on décrit classiquement sous la forme "d'états seconds" hystériques ou "états crépusculaires hystériques". Ce syndrome de GANSER, qui consiste en une méconnaissance systématique de la réalité ambiante, s'exprime par des réponses "à côté", des actes "à côté", associés à des analgésies. Le malade ne tient pas compte de l'environnement, ses actes et ses paroles s'adressent à une situation "à côté", c'est à dire rêvée. On le retrouve fréquemment dans la pathologie des prisons où le sujet peut estimer qu'il a intérêt à méconnaître certaines réalités (H. EY).

Le délire est vécu de façon diverses par le patient : tantôt sur un mode angoissant, voire terrifiant, cauchemardesque, avec des idées de persécution, voire un syndrome d'influence; tantôt, au contraire sur un mode mégalomane de toute puissance, où tout paraît possible tant est grande l'exaltation de l'humeur.

Le délire hystérique peut aussi être rapproché des délires oniriques créés par l'alcool et les drogues hallucinogènes (particulièrement le haschich), ce qu'avaient déjà noté MOREAU de TOURS, et RICHER. R. MEUNIER(74), cité par HARTEMBERG(44) écrit en 1909 :

"tout haschiché est un hystérique d'un moment... le haschich procure à l'individu qui l'ingère une étonnante plasticité mentale, il lui donne pour un moment la suggestibilité et l'autosuggestibilité d'un hystérique".

J.C. MALEVAL, quant à lui, cite SAMI-ALI(94) : "grâce à la drogue les processus primaires l'emportent sur les processus secondaires, la perception étant dominée par une activité inconsciente qui tend à l'accomplissement symbolique du désir".

Le délire est également riche en hallucinations visuelles ou auditives qui sont la plupart du temps des pseudo-hallucinations, lesquelles se caractérisent par leur forte composante représentative ou psychique et leur défaut d'objectivité spatiale. FREUD(24) à propos des hallucinations de l'hystérie donne une explication:

"elles correspondent effectivement à des régressions, c'est à dire qu'elles sont des pensées transformées en images, et seules subissent cette transformation les pensées qui sont en

relations intimes avec des souvenirs réprimés ou demeurés inconscients".

J.C. MALEVAL compare fort justement le délire hystérique au délire d'action des alcooliques décrit par V. TAUSK :

"le délire d'action ne peut-être qu'un délire de coït. Et comme dans le rêve, le délirant alcoolique représente, comme s'il était accompli, un souhait qu'il ne peut satisfaire complètement en état normal de veille, qu'il est totalement incapable de satisfaire en état d'intoxication(98)".

On peut constater combien cela est exact pour le délire hystérique.

Mais ce qui nous paraît spécifier le délire hystérique est d'être un délire de filiation articulé autour d'une problématique oedipienne.

CHAPITRE II

DELIRE HYSTERIQUE ET FILIATION

Le terme "filiation" vient du latin "filiatio", terme juridique pour désigner la descendance de l'enfant par rapport aux parents.

Pour J. GUYOTAT(42), le mot filiation a trois sens, lien de descendance en ligne directe. Au sens restreint du fils au père, au sens extensif d'inscription dans la lignée, par exemple du fils au grand-père et, en ligne descendante du grand-père au petit-fils.

J. GUYOTAT appelle cette filiation, "filiation instituée"

"pour désigner ce qui, dans le lien de filiation, est le résultat d'une convention instituée du groupe... Le terme de "filiation instituée" dépasse donc le rattachement à tel ou tel des parents (père ou mère) pour faire référence à une forme d'organisation du groupe"(43).

Ce mode de filiation est donc déterminé par un ensemble de règles et de lois inhérentes à une culture et nous retiendrons avec C.LEVI-STRAUSS une de ces règles :

"un fait, ou plutôt un ensemble de faits, qui n'est pas loin... d'apparaître comme un scandale : nous voulons dire cet ensemble complexe de croyance, de coutumes, de stipulations et d'institutions que l'on désigne sommairement sous le nom de prohibition de l'inceste"(65), règle qui pour cet auteur est la seule des règles sociales à prétendre à l'universalité.

- le deuxième sens du mot filiation se rapproche du précédent mais ne le recouvre pas. Il s'agit du lien qui relie entre elles des Institutions : filiation de telle abbaye par rapport à une maison Mère et de telle maison de commerce par rapport à ses filiales.

- le troisième sens est celui qui indique le lien entre les pensées, les idées et essentiellement cette notion que les pensées naissent les unes des autres.

A côté de la filiation instituée, il nous faut envisager une autre dimension, celle de l'imaginaire, qu'à la suite de J. GUYOTAT, nous appellerons "filiation narcissique".

Il s'agit d'un système de filiation unisexuée éliminant le père institué, en relation avec une organisation Magique de la pensée :

"Ce qui apparaît dans ce système de filiation, c'est la notion d'une filiation unisexuée, souvent orientée vers la descendance éventuelle ou réelle chez la femme, alors que, chez l'homme la filiation unisexuée se situe de façon ascendante par rapport au Père de la Horde Primitive du Mythe Freudien : le type en est le Président SCHREBER fécondé par Dieu (Alias son médecin le Professeur FLECHSIG)" (J. GUYOTAT) (42).

Et J. GUYOTAT précise ce qu'il entend par ce terme :

"la filiation narcissique fonctionne en effet, à partir du mythe de l'unicité des origines, ignorant la différence des sexes" "(comme le mythe de l'Immaculée Conception)"

"D'où un système unisexué, parthénogénétique, procédant

par redoublement de génération ou encore par scissiparité...

Et l'on peut aussi rappeler le dogme cathare opposant la reproduction par émanation divine, des âmes à la reproduction sexuelle, sale, démoniaque, anale des corps"... (conception manichéenne)

..."l'organisation narcissique de filiation s'étaie aussi sur le corps et sur son image. Il s'agit d'une représentation de la filiation de corps à corps, figurant la proximité métonymique du corps de l'enfant et du corps de la mère..."

J.GUYOTAT indique encore qu'à "la base de ce système, il y a la coïncidence mort-naissance qui figure une représentation de la filiation du type : une mort engendre une naissance", coïncidence qui se retrouve parfois dans la réalité.(43)

Cliniquement il note dans ce système de filiation

"une position mégalomaniacale, accompagnée d'une évolution clinique d'allure souvent maniaco-dépressive, de la fréquence de phénomènes télépathiques ou de transmission de pensées, un besoin de soigner, d'agir magiquement sur autrui et sur son corps"(43)

Et nous citerons également ces considérations de W.GRANOFF

"Filiation ne veut pas dire "être né", ni seulement "être né de" ou "engendré par". Filiation, c'est l'ensemble du discours qui rend compte d'une suite scandée par la procréation et la naissance. Toute filiation est fragile, et même précaire, pour toutes sortes de raisons. D'abord, elle est exposée à ce qui, du passé de l'espèce humaine, a dû attendre le temps où la filiation dégagerait clairement ses lois, non pas au sens de l'existence de ces lois, mais à celui de la permanence de leur fonction dans la durée de vie des individus. En conséquence, elle se trouve menacée du retour d'un chaos qui serait celui des origines. Elle est exposée aux pulsions et à leur force. Elle est exposée à la menace de la mort. Elle est exposée à la trace de la séparation dont tout être humain est porteur".(39)

La naissance, l'amour et la mort sont certainement parmi les interrogations fondamentales de tous les hommes et il n'est ainsi guère étonnant que certains puissent se forger ce que FREUD a appelé un "roman familial", terme désignant "des fantasmes par lesquels le sujet modifie imaginativement ses liens avec ses parents" (LAPLANCHE ET PONTALIS(61)

"Tous les névrosés se forgent ce qu'on appelle un roman familial (qui devient conscient dans la paranoïa). D'une part, ce roman flatte la mégalomanie et, d'autre part, il constitue une défense contre l'inceste. Si votre soeur n'est pas l'enfant de votre mère, plus de reproches à vous faire. (Il en va de même lorsque vous êtes vous-même l'enfant d'autres parents.)" écrit FREUD. (28)

"De tels fantasmes trouvent leur fondements dans le complexe d'Oedipe" (61)

Certains patients, quant à eux, en arrivent à exprimer un véritable délire de filiation, dont les caractères ont été soulignés par V.BORDARIER dans sa thèse, inspirée par J.GUYOTAT :

- le délire s'accompagne souvent d'éléments mégalomaniaques, et est très proche des délires mystiques dans lesquels s'exprime la filiation divine,

- il évolue sur un fond d'humeur hypomaniaque, pas toujours apparent,

- les phénomènes télépathiques sont fréquents ainsi que l'automatisme mental, le devinement des pensées, la transmission de pensée,

- il existe fréquemment des anomalies historiquement vérifiées dans la filiation qui touchent pour la plupart la lignée paternelle et à la limite des situations de mésalliance,

- il faut enfin souligner la fréquence des expériences hypnotiques racontées par les malades et dont ils seraient victimes. (42)

Nous nous sommes arrêté longuement sur ce problème car il nous semble qu'il est au centre même de la folie hystérique : le délire hystérique est un délire à thèmes érotico-mystiques prévalents où le sujet recherche son personnage dans son identité sexuée et sa filiation oedipienne.

En effet, le complexe d'Oedipe place l'enfant devant la double expérience de la déception et de l'interdit, la déception, est d'apprendre que l'amour est sous la dépendance de son objet, que cet objet pourra se dérober et même devra

se dérober. Ce qui est interdit, c'est de coïncider le rapport de parenté avec le rapport d'alliance. C'est l'accès à l'ordre du symbolique qui permettra à l'enfant de savoir qui il est, où il se situe, quelles sont les limites de ses droits par rapport à l'autre, qui fera qu'il soit reconnu :

"la loi primordiale est donc celle qui en réglant l'alliance superpose le règne de la culture au règne de la nature livré à la loi de l'accouplement. L'interdit de l'inceste n'en est que le pivot subjectif... Cette loi se fait donc suffisamment connaître comme identique à un ordre de langage. Car nul pouvoir sans les nominations de la parenté n'est à portée d'instituer l'ordre des préférences et des tabous qui nouent et tressent à travers les générations le fil des lignées". (J. LACAN) (58)

Les patients dont nous parlons ont mal "liquidé" le complexe d'Oedipe. En effet, ce qui est prévalent dans le délire des malades (femmes) est une problématique paternelle avec le désir très clair et parfois exprimé d'avoir un enfant du père. (Nous sommes ici en présence de ce que JANET nommait "l'idée fixe subconsciente"). Cette fable de relations incestueuses passées et présentées comme réelle dont le père se serait rendu coupable se retrouve très fréquemment en clinique et nous pensons que dans certains cas, ont existé des attitudes ambiguës du père pendant l'enfance de la patiente.

Et c'est à partir de ce trouble de la filiation instituée que va se constituer le délire hystérique (a), délire dans lequel nous retrouverons les éléments décrits par V.BORDARIER.

Avec J.M. GENEVIEVE (36), nous avons en effet noté :

-l'importance des thèmes mégalomaniques, (centrés sur une problématique oedipienne) :

Ces patientes désirent un enfant du père qu'elles identifient à un homme tout puissant ou un magicien, ou un très puissant médecin, parfois Dieu lui-même. Les thèmes de puissance se retrouvent dans la fable d'une lignée divine où la malade est fille de Dieu, maîtresse de Dieu, ou du Christ, est

(a) ("structurellement, le délire de filiation se constitue autour d'une atteinte de la filiation instituée par ou s'engouffre l'inflation narcissique". J. GUYOTAT().) .../...

la Vierge, le Soleil, tous arrangements destinés à la placer au-dessus de l'humaine condition et d'enlever ainsi le caractère dangereux de l'interdit, en étant élu de Dieu. L'idée d'être la Vierge évite également tous les problèmes de salissure, de souillure que peut évoquer l'acte sexuel. Il est remarquable aussi de noter l'importance des tentatives de rapprochements de ces malades avec des substituts paternels, choisis parmi des gens "haut-placés", professeurs, médecins, idéalisés jusqu'au moment où l'apparition de relations sexuelles avec eux fait chuter tout l'édifice (a). Il est en effet bien difficile de pouvoir concilier l'espoir d'être l'unique épouse de Dieu et de se retrouver dans la réalité comme tous les autres humains.

G.WAJEMAN écrit dans la revue "Ornicar" (102) :

"Ainsi (l'hystérique) ira-t-elle proposer son bien si précieux, appelant à elle, sollicitant, affolant les maîtres apparents, prêtres et médecins, qu'elle réduit tour à tour à l'impuissance, tout en réclamant, toujours plus fort, un homme qui soit un maître, un vrai" et ailleurs : "Elle demande un régent mais c'est pour s'octroyer le trône".

Il est à noter que très souvent ces patientes choisissent un métier où elles pourront faire preuve de dévouement : enseignantes, infirmières, médecins, assistantes sociales, et cela ne nous semble pas être un hasard. Rappelons à ce propos qu'Anna O., la malade de BREUER, célèbre dans les milieux psychanalytiques s'appelait en réalité Bertha PAPPENHEIM, laquelle est également célèbre dans son pays pour de toutes autres raisons : Bertha PAPPENHEIM (1860-1936), dirigea après 1880, pendant une douzaine d'années un orphelinat à Francfort, puis voyagea pour enquêter sur la prostitution et la traite des blanches. En 1904, elle fonda le Jüdischer Frauenbund (Ligue des Femmes Juives) et en 1907 un établissement d'enseignement affilié à cette organisation.

(a) (Nous avons noté (hélas!) la fréquence des relations sexuelles de ces malades avec leurs divers et successifs psychothérapeutes, ce qui réveille l'angoisse et la culpabilité, et les précipitent souvent dans le délire).

.../...

Elle était connue, nous dit ELLENBERGER, "comme une personne profondément pieuse, stricte et autoritaire, parfaitement désintéressée et vouée à son oeuvre".(17)

Elle devint si célèbre qu'après la seconde guerre mondiale, le gouvernement de la République Fédérale allemande fit frapper un timbre-poste à son effigie pour honorer sa mémoire.

- Cette mégalomanie est vécue dans une atmosphère d'exaltation de l'humeur confinant au théâtralisme et à la tragi-comédie, exaltation qui masque en réalité une angoisse et une culpabilité intenses, le délire paraissant d'ailleurs avoir pour but d'expier cette culpabilité.

Aussi ces patientes ont-elles de gros problèmes avec leur entourage aussi bien familial que professionnel et finissent par échouer à l'hôpital, où elles créent une ambiance tumultueuse, tant elles sont reines dans l'art de "manipuler" les équipes soignantes. Il n'est pas rare également, que dans leur désir de "servir", elle cherchent à convaincre les autres malades de l'incompétence des médecins et de l'inhumanité de la psychiatrie, et supportent très mal la moindre attitude ferme à leur égard.

Cependant l'humeur peut varier suivant les nécessités de la "mise en scène", en fonction des interlocuteurs auxquels le malade s'adresse, mais on retrouve toujours une érotisation intense des propos et de la relation, s'exprimant dans la tenue vestimentaire, le maquillage, les remarques sur le physique et la vie privée imaginée du médecin et parfois certaines malades ont la conviction d'être enceintes de leur médecin.

L'érotisation trouve son paroxysme dans ce que JANET a décrit sous le nom d'extase, "moment déficitaire caractérisé par la double nuance de fascination et de spécularité qui articule la forme et le contenu " (Follin et coll.) (32); la béatitude étant aussi culpabilité et mort.

-un syndrome d'influence est fréquemment dans la folie hystérique et nous devons nous arrêter sur le syndrome d'automatisme mental de G. de CLERAMBAULT, syndrome dont il faisait un "dogme" et qui regroupe toutes les variétés d'hallucinations et de pseudo-hallucinations. Il est centré sur la production spontanée involontaire et en quelque sorte "mécanique" d'impressions, d'idées, de souvenirs qui s'imposent à la conscience du sujet malgré lui, et pour ainsi dire en dehors de lui quoique au centre

de lui-même (H. EY) (18)

DE CLERAMBAULT décrit sous ce nom :

1) des sensations parasites, c'est-à-dire des hallucinations psychosensorielles, visuelles, cénesthésiques, tactiles, gustatives qui éclatent comme des phénomènes sensoriels purs et simples, et comme il le disait, "anidéiques".

2) un triple automatisme moteur, idéique et idéo-verbal (phénomènes d'élocution, d'idéation, et de formulation idéo-verbale spontanée).

Dans ce groupe de phénomènes, il notait spécialement les jeux syllabiques, les phénomènes psittaciques, les phénomènes verbaux parcellaires, les scies verbales, les mots jaculatoires fortuits, le mentisme ou dévidement incoercible de la pensée, le dévidage de la pensée.

3) des phénomènes de dédoublement mécanique de la pensée (le triple écho de la pensée, de la lecture et des actes) et des phénomènes connexes comme l'énonciation des gestes, l'énonciation des intentions et des commentaires sur les actes.

4) des phénomènes de petit automatisme mental (dévidage des souvenirs, velléités abstraites).

Cet automatisme mental se retrouve fréquemment dans le délire hystérique et certains patients ont la conviction qu'on devine ou vole leurs pensées, qu'ils peuvent connaître celle des autres, qu'ils peuvent entrer en relation télépathique avec d'autres sujets (et cela ramène au problème du Double que nous verrons ultérieurement) ou encore que des voix leur parlent, qu'elles soient d'origine divine et dans ce cas plutôt agréables, ou d'origine moins élevée et dans ce cas insultantes, le traitant par exemple de pédéraste, de "tapette".

Et nous nous interrogerons avec FOLLIN et coll. :

"On peut encore se demander si certains états vécus (sentiments "d'incorporation", d'"extase"...) n'ont pas comme finalité un désir de participation passive par lequel, l'identification à la mère étant possible, possible devient la possession de l'Epoux désiré "jusque dans le coeur de Maman". "(32)

Il nous paraît intéressant de rapporter à ce sujet des

.../...

propos d'une malade de M. GADEN (34)

"J'éprouve les sentiments des autres,... des transmissions de pensées... J'ai fait une prière, Dieu m'a dit : tu as de bonnes petites jambes, ma fille, pour les prières... J'ai été transportée, en extase... le sperme, le Saint-Esprit qui circulait dans un canal... Est-ce que c'est le sexe de Dieu qui a pénétré en moi ou est-ce que c'est moi qui était le sexe?..."

On retrouve parfois l'idée qu'un médecin a injecté dans les veines de la patiente un liquide blanc, ce qui pourrait se rapporter au sperme et à la pénétration.

On peut rapprocher ce syndrome d'automatisme mental de DE CLERAMBAULT de "l'appareil à influencer" que décrit V. TAUSK dans son article : "De la genèse de "l'appareil à influencer" au cours de la schizophrénie (98) :

"l'appareil à influencer" schizophrénique est une machine de nature mystique, les malades ne peuvent en indiquer la structure que par allusions... Au fur et à mesure que la diffusion des sciences techniques progresse, il s'avère que toutes les forces naturelles domestiquées par la technique sont mises à contribution pour expliquer le fonctionnement de cet appareil ; mais toutes les inventions humaines ne suffisent pas à expliquer les actions remarquables de cette machine par laquelle les malades se sentent persécutés.

Voici les principaux effets produits par cet appareil à influencer :

1) Il présente des images aux malades... les images sont vues dans un seul plan... elles ne sont pas tridimensionnelles, comme les hallucinations visuelles typiques.

2) L'appareil produit et dérobe les pensées et sentiments, et cela grâce à des ondes ou à des rayons, ou à l'aide de forces occultes, que le malade ne peut expliquer par ses connaissances de la physique. Dans ces cas, cet appareil est également nommé "appareil à suggestionner", son mécanisme est inexplicable, mais sa fonction est de permettre au ou aux persécuteurs de transmettre ou de dérober pensées et sentiments.

.../...

3) L'appareil produit des actions motrices dans le corps du malade, des érections, des pollutions. Ces dernières sont destinées généralement à priver le malade de sa puissance virile, et à l'affaiblir. Cet effet également peut-être produit soit par la suggestion, soit à l'aide de courants atmosphériques, électriques, magnétiques ou par rayonX.

4) L'appareil produit des sensations, dont certaines ne peuvent-être décrites par le malade parce qu'elles lui sont complètement étrangères...

5) L'appareil est également responsable d'autres phénomènes somatiques chez les malades : éruptions cutanées, furoncles et autres processus morbides.

Cet appareil sert à persécuter le malade et est manipulé par les ennemis... on retrouve là fréquemment parmi les persécuteurs les médecins qui ont prodigué leurs soins au malade . . ."

Plus loin, TAUSK note que "le symptôme : "ou fait des pensées au malade" découle de la conception infantile que les autres connaissent ses pensées", croyance qui pour FREUD "prend source en particulier dans l'apprentissage de la parole, car l'enfant avec le langage, reçoit les pensées des autres, et sa croyance que les autres connaissent ses pensées apparaît fondée sur les faits tout comme le sentiment que les autres lui ont "fait" la parole et avec elle les pensées"(98).

La signification phallique que Victor TAUSK donne à cet "appareil à influencer" nous semble bien rentrer dans le cadre des délires hystériques et son article est à notre avis un apport fort important à la compréhension de ces délires. Bien sûr, il parle ici de "schizophrénie" mais il faut se rappeler qu'en 1919, la folie hystérique avait été englobée dans le concept tentaculaire de "schizophrénie",

- des phénomènes hypnotiques sont également parfois notés (nous avons vu au paragraphe précédent l'importance de l'"appareil à suggestionner").(34)

Nous citerons encore une fois des propos de la patiente de M. GADEN :

.../...

"Je me croyais paraphrène, enfermée dans un rêve... je voulais voir un hypnotiseur car je n'ai plus de sensibilité, j'ai toujours été attirée par l'hypnotisme, j'essayais de m'hypnotiser, j'étais sensible à la suggestion..."

(Nous remarquerons au passage l'influence de la culture sur le discours de l'hystérique)

- les familles de ces malades sont souvent assez perturbées et il existe fréquemment des secrets familiaux, des "non-dits" et très souvent, dans le délire réapparaît "quelque chose" de l'ordre d'un drame s'étant produit dans la génération précédente.

Nous pensons avoir ainsi montré que cliniquement, les délires hystériques ont les critères des délires de filiation.

Nous allons maintenant aborder le problème de l'homosexualité et de la bisexualité, qui se pose avec une particulière importance dans la folie hystérique.

"L'intérêt sexuel exclusif de l'homme pour la femme n'est pas une chose qui va de soi et se réduisant en quelque sorte à une attirance d'ordre clinique, mais bien un problème qui a besoin d'être éclairci... tous les individus, quels qu'ils soient, sont capables de choisir un objet du même sexe et...ils ont tous fait ce choix dans leur inconscient. On peut même affirmer que ces sentiments érotiques qui s'attachent à des personnes du même sexe jouent dans la vie psychique normale un rôle aussi important que les sentiments qui s'attachent à l'autre sexe", écrit FREUD (29)

On voit ainsi posée l'universalité de l'homosexualité, qu'il n'est pas facile de définir.

En effet, qui "passe à l'acte" homosexuel n'est pas obligatoirement homosexuel, et qui ne "passe jamais à l'acte", peut très bien l'être et comme le précise R. CAPPADORO :

"il n'est pas du tout certain que (l'homosexualité) se puisse laisser cerner par la simple question du "choix d'objet"(11) et "finalement, cette question du "choix d'objet" paraît bien fallacieuse et cela aussi bien lorsqu'on considère l'homosexualité

.../...

comme un symptôme d'une structure dite perverse que lorsque l'homosexualité se distingue de la perversion"(11).

Nous rappellerons également que FREUD, dans son étude "Un souvenir d'enfance de Léonard de VINCI"(30) laisse entendre qu'il a pu y avoir chez l'homosexuel, une défaillance de la "filiation instituée" :

"Chez tous nos homosexuels hommes, nous avons retrouvé, dans la toute première enfance... un très intense attachement érotique à une femme, à la mère généralement, attachement provoqué ou favorisé par la tendresse excessive de la mère elle-même, ensuite renforcé par un effacement du père de la vie de l'enfant... j'ai été frappé par les cas où le père manqua dès l'origine ou disparut précocément de la vie de l'enfant, de sorte que celui-ci se trouva abandonné à l'influence féminine. Il semblerait presque que la présence d'un père énergique assurât au fils le juste choix de l'objet pour le sexe opposé". En fait, c'est plutôt l'absence du père symbolique que du père réel qui importe.

Quoiqu'il en soit, les thèmes homosexuels sont pratiquement constants dans la folie hystérique,

- soit qu'il s'agisse d'une homosexualité agie (et qui n'empêche pas la coexistence avec des rapports hétérosexuels)

- soit que l'homosexualité ne soit pas agie, mais qu'elle apparaisse très clairement dans les fantasmes, les thèmes délirants, les craintes ou implicitement comme le dit R. CAPPADORO :

"au travers d'une opposition dialectique entre la proximité et l'éloignement que le patient maintient entre lui et autrui. Tout rapprochement peut alors être vécu comme une attaque, une agression homosexuelle et l'objet "idéalisé" peut devenir "objet persécuteur" "(12)

et F. PERRIER exprime bien ce problème dans les propos suivants (88) :

"C'est la question de l'homosexualité masculine qui est mise en avant comme crainte. L'impossibilité d'une indifférence à la stature du bel homme, aux feuilles de vignes des musées, ou aux regards des voyageurs du métro, traduisant en fait une

.../...

référence identificatoire à l'image de l'homme, amène ainsi tel célibataire de l'Eros au bord de la paranoïa sensitive, en une question : "Docteur, suis-je homosexuel ?" ".

Quant aux malades femmes, on peut se demander si cette homosexualité n'est pas un moyen d'échapper au danger de l'interdit de l'inceste et au conflit intérieur et culpabilisant. Il est remarquable de voir que l'objet homosexuel de leur choix est souvent (platoniquement bien sûr) la femme du médecin ou du professeur placé si haut par elles. Tout comme il nous paraît remarquable (nous l'avons vu chez au moins deux patientes) que les quelques aventures hétérosexuelles qu'elles ont pu avoir l'aient été avec des homosexuels...

Nous faisons ainsi la transition avec le problème de la bisexualité, qui se retrouve fréquemment dans la folie hystérique, tant il est vrai que la question fondamentale de l'hystérique est : "Qui suis-je, homme ou femme ?" et comme l'écrit PERRIER : (88)

"Quoi qu'ait dit FREUD sur la bisexualité fondamentale de l'être humain, le fait que l'hystérie soit actualisation, mise en scène voire dramatisation de cette vérité est rarement pardonnable".

Que disait-donc FREUD ?

"L'homme est lui aussi un animal doué d'une disposition non équivoque à la bisexualité : l'individu correspond à une fusion de deux moitiés symétriques dont l'une, de l'avis de plusieurs chercheurs, est purement masculine et l'autre féminine. Il est tout aussi possible que chacune d'elles à l'origine fût hermaphrodite... Nous avons coutume de dire : tout être humain présente des pulsions instinctives, besoins ou propriétés autant masculines que féminines ; mais l'anatomie seule, et non pas la psychologie, est vraiment capable de nous révéler le caractère propre du "masculin" ou du "féminin".

Pour cette dernière, l'apparition des sexes s'estompe en cette autre opposition : activité-passivité.

Ici c'est alors trop à la légère que nous faisons correspondre l'activité avec la masculinité, la passivité avec la féminité... Quoi qu'il en soit, si nous admettons le fait que,

dans sa vie sexuelle, l'individu veuille satisfaire des désirs masculins et féminins, nous sommes prêts à accepter aussi l'éventualité qu'ils ne soient pas tous satisfaits par le même objet..." (25) ("Malaise dans la civilisation").

R. CAPPADORO, dans son mémoire "Hystérie et folie" (12) aborde remarquablement le problème de la bisexualité dans la folie hystérique et c'est pourquoi nous nous permettrons de rapporter ses propos :

"Il est clair que cette interrogation ("Qui suis-je, homme ou femme?") va parfois surgir dans l'hystérie folle dans les thèmes délirants sous forme d'une identification, bien sûr inconsciente, au sexe opposé. Mais cela n'apparaît pas nécessairement à l'évidence, les éléments du retour du refoulé délirant peuvent fort bien rester partiellement masqués. Toutefois, en bien des circonstances, cette identification apparaît clairement ; tantôt par un refus de son propre sexe, tantôt (ce qui revient au même) par une hostilité marquée pour le sexe opposé. Cela peut aboutir, en certains cas à de véritables délires transsexualistes qui peuvent conduire, à l'extrême, le sujet à faire opérer des modifications à son propre corps. Le délire de SCHREBER est, quant à lui, différent. Il s'agit d'une totale identification imaginaire avec un délire d'éviration (ENTMANNUNG) et non pas d'errements dans le fonctionnement d'un repérage symbolique oedipien".

- un autre symptôme peut se rencontrer : il s'agit d'une grossesse nerveuse ou d'idées délirantes de grossesse ou encore de la mise en scène d'un accouchement, symptôme qui nous paraît traduire de façon exemplaire le désir d'avoir un enfant du père (notons, de façon anecdotique que selon JONES, Anna O. aurait présenté une grossesse nerveuse, ce qui fit fuir BREUER de VIENNE. Cette histoire est rapportée par ELLENBERGER qui ne lui trouve aucune confirmation, et il s'agirait d'une légende) (17)

Pour terminer ce chapitre sur la filiation, il nous faut maintenant nous pencher sur le problème du Double et les phénomènes de dédoublement, phénomènes qui se rencontrent dans

.../...

le délire hystérique.

Le thème du double a toujours préoccupé les hommes (cf. le mythe de Narcisse, l'âme, l'ombre), il se retrouve dans leur folklore et a inspiré de très nombreuses oeuvres littéraires. OTTO RANK, dans son livre "Don Juan et le Double" (91) en recense près d'une centaine, la plupart écrites au 19e siècle en période romantique. Les plus connus sont les "Contes fantastiques" d'HOFFMANN (L'Histoire du reflet perdu, La Nuit de la Saint-Sylvestre, Princesse BRAMBILLA, L'Homme au sable), Oscar WILDE (Le portrait de Dorian GRAY), DOSTOIEVSKY (le Double), MUSSET, E. POE (William WILSON), MAUPASSANT (le Horla, Lui, Qui sait), CHAMISSO (Peter SCHLEMIHL), Th. GAUTIER. Plus près de nous, le thème est repris par J. GREEN, J. GIRAUDOUX, BORGES, B. VIAN, J. GRACQ, Th. TRYON, LOVECRAFT et par divers cinéastes.

La vision du Double est décrite en clinique sous le nom d'autoscopie ou héautoscopie. Elle est définie par HECAEN et AJURIAGUERRA comme "la vision qu'un sujet a de sa propre image telle qu'elle peut-être reflétée par un miroir, avec résonance affective entre cette image et la personnalité du sujet qui la vit".

C. ULRICH, qui a consacré sa thèse à ce sujet, précise (39)

"le double est avant tout le thème de l'autre imaginaire.

Ceci indique d'ailleurs que le thème n'est nullement spécifique d'un processus psychotique, mais bien au contraire qu'il s'agit là d'une thématique imaginaire et poétique, et de ce fait universelle..."

L'héautoscopie a au départ été décrite au sujet de l'hystérie. Le double apparaît surtout dans les périodes de baisse de la vigilance, dans les états confuso-oniriques (particulièrement ceux créés par le haschich) et lors des états d'hypnose ou de post-électrochoc.

Pour J. L. GRABER, "le fantasme du double apparaît... comme un fantasme de procréation, de génération spontanée et le double pourrait bien être à l'homme ce que l'enfant est à la mère, à savoir le phallus". (38)

Dans la folie hystérique, le retour du refoulé par l'intermédiaire de la projection peut provoquer des dédoublements de personnalité, ce qui a été étudié par J.C. MALEVAL (69).

.../...

Au XIXe siècle, AZAM, JANET et PRINCE ont étudié ces phénomènes. JANET en rapporte plusieurs cas dans son ouvrage "L'automatisme psychologique"(49), dont celui de LUCIE qui présentait différentes personnalités pour lesquelles il parlait de Lucie 1, Lucie 2, Lucie 3.

Il arrive ainsi qu'une des personnalités présente un délire hystérique. Citons à ce propos J.C. MALEVAL (69) :

"Il me paraît important de souligner la tendance à s'autonomiser que possède chacun des états dédoublés. Il est des sujets qui conservent la conscience d'une unité... cependant tous les degrés de distanciation du double peuvent se rencontrer dans l'hystérie... L'adoption d'un nom tend à rendre la personnalité dédoublée de plus en plus étrangère au sujet ; il en parle comme d'un autre".

Ainsi "le double" "tend à acquérir une individualité et à prendre nom ; celui-ci varie selon la culture et l'époque : incube, succube, diable, esprit, djinn, machine à influencer, extra-terrestre, O.V.N.I., etc..."

Ces divers degrés de distanciation du double avaient déjà été observés par OTTO RANK (91) :

"Au début, le Double est un Moi identique (ombre, reflet), comme cela convient à une croyance naïve en une survie personnelle dans le futur. Plus tard il représente aussi un Moi antérieur contenant avec le passé aussi la jeunesse de l'individu qu'il ne veut plus abandonner, mais au contraire conserver ou regagner. Enfin le Double devient un Moi opposé qui, tel qu'il apparaît sous la forme du diable, représente la partie périssable et mortelle détachée de la personnalité présente actuelle qui la répudie".

Nous pouvons également considérer "l'appareil à influencer" de V. TAUSK comme un double, la machine pouvant-être "une projection du corps propre considéré dans son entier comme organe génital".

Nous terminerons en rappelant le fait que le double provoque, lorsqu'il est projeté hors du Moi un "degré extraordinaire d'inquiétante étrangeté" ("Unheimliche")(FREUD)(22) et qu'il se transforme en "image d'épouvante" (22) engendrant ainsi, les

.../...

spectres, les démons, les esprits.

CHAPITRE III

LES AUTRES CARACTERES DU DELIRE

Nous l'avons vu, le délire hystérique est un délire de filiation à thèmes érotico-mystiques.

Il existe une infinité d'autres thèmes et parmi eux :

- la zoanthropie avec la lycanthropie, la galéanthropie, la cynanthropie,
- les délires extatiques,
- les délires de persécution, d'auto ou d'hétéroaccusation,
- les délires de possession,
- les délires prophétiques,
- les délires ecnésiques,
- et divers autres thèmes délirants liés aux conditions culturelles et que nous évoquerons au chapitre suivant.

Notons cependant la fréquence des fantasmes de prostitutions, de viol, de séduction, d'accouplements impurs. On peut également se demander si l'anorexie mentale, que LASEGUE nommait "anorexie hystérique" et qu' A. BEETSCHEN considère "comme un double inversé" de la grossesse, n'est pas une folie hystérique.

- Les délires hystériques ne sont pas des délires dissociés :

"Ils ne sont jamais constitutifs d'une néo-réalité ou d'une néo-mondanité fantasmatique stable (style délire paranoïde)" (FOLLIN et coll.) (32)

- le sujet garde toujours un certain contact avec la réalité

- le niveau de conscience est peu altéré, bien qu'il le soit toujours sur le mode de la "distraction", l'état crépusculaire rencontré laissant au sujet une relative conscience de son état, mais il existe très souvent a posteriori un oubli de la période aiguë.

.../...

- le déclenchement du délire se fait à l'occasion d'un traumatisme, le plus souvent à résonnance sexuelle (la plupart des auteurs s'accordent sur ce point) permettant la réalisation dans le réel d'un événement qui réveillerait la culpabilité inconsciente du sujet, du fait de souhaits refoulés qu'il pourrait représenter. Mais ce traumatisme est événement déclenchant, il ne faut pas y voir la cause du délire.

Enfin qu'en est-il de la durée de ces délires ? Il semble que certains soient brefs, ne durant que quelques jours à quelques semaines ; cependant d'autres sont prolongés (il suffit de se rapporter aux cas de certaines malades de JANET) et BREUER, dans les "Etudes sur l'hystérie", parle de passages à la chronicité.

CHAPITRE IV

ASPECTS CULTURELS DE LA FOLIE HYSTERIQUE

Nous l'avons déjà dit, les expressions de la folie hystérique varient suivant les époques et les cultures. Il nous paraît intéressant à la suite d'H.F.ELLENBERGER et H.B.M.MURPHY(79), aux travaux desquels nous nous sommes référé, d'en reprendre certaines descriptions.

MURPHY décrit des réactions psychotiques aiguës dans lesquelles il classe "psychoses hystériques",

"où le patient est conscient des possibilités d'avantages secondaires et où il sait que l'abandon de la maîtrise du Moi amènera la mobilisation communautaires ou bien obligera son entourage à modifier un élément de frustration".

Cela implique que l'entourage ait accepté ce syndrome comme méthode légitime pour attirer l'attention sur une situation frustrante et que des mécanismes pour répondre à un tel appel ont été établis.

Suivant les ethnies, divers tableaux seront présentés (notons en passant que l'hystérie pourrait être considérée comme la "maladie ethnique" -pour reprendre le terme de Georges DEVEREUX- de la bourgeoisie occidentale de la fin du XIXe siècle) :

1) Le Koro est un état d'angoisse temporaire et paroxystique, dans lequel le malade a la conviction délirante que son pénis se rétracte et va disparaître dans son bas-ventre, entraînant sa mort. Le Koro est vécu dans une ambiance dramatique, le malade et sa famille tirant de toutes leurs forces le pénis pour éviter qu'il disparaisse. Il existe une forme féminine de cette affection : il s'agit de jeunes filles qui craignent de voir disparaître leurs seins à l'intérieur du thorax.

2) Les états de type Latah se retrouvent en Malaisie et en Indonésie, mais aussi en Sibérie (ils s'appellent alors "myriakit"), dans le nord du Japon ("imu") en Afrique du Nord et même en Amérique du Nord. Ces états consistent en des "pertes de contrôle" avec des réactions de stupéfaction, des tremblements, souvent une coprolalie, précipitées par un bruit, un effroi ou une situation embarrassante. Elle se produisent généralement en présence d'un ^{supérieur} hiérarchique. Ces états peuvent prendre une forme proche de la "maladie de GILLES de la TOURETTE" ("Affection caractérisée par l'importance et la généralisation progressive des tics et par son évolution sur un terrain de dégénérescence mentale, associée à des troubles psychiques graves (obsessions, phobies, parfois délire) qui peuvent aboutir à la démence". GARNIER et DELAMARE Dictionnaire des termes techniques de médecine 19e édition)

Il est intéressant de noter qu'au XIXe siècle le latah se produisait particulièrement chez les domestiques et les soldats lorsqu'existait un conflit entre le désir d'obéir et celui de se rebeller. Il touchait plus particulièrement les hommes, l'intelligence des victimes était supérieure à la moyenne et il n'existait pas de troubles mentaux en dehors de l'accès.

Au contraire, à l'heure actuelle, le latah touche presque exclusivement les femmes, et on note d'autres troubles mentaux et une intelligence inférieure à la moyenne. Le syndrome touche les femmes d'âge mûr et la première manifestation survient après qu'elles ont été effrayées par un serpent ou qu'elles ont eu un rêve à contenu nettement sexuel.

.../...

3) les états hystériques de guerre :

La situation traumatique de la guerre est propice à l'éclosion d'états délirants hystériques. Les tableaux cliniques sont variables chez le même peuple d'une guerre à l'autre et dans la même guerre d'un peuple à l'autre. On a entre autres décrits :

- la "maladie des partisans" en Yougoslavie, avec comme traumatisme déclenchant la mort d'un camarade, un repli des troupes vers l'arrière.

Il existait des prodromes : inquiétude, tension et le début était brutal avec une crise d'agitation confuse très violente. Au bout d'environ trois minutes, commençait la deuxième phase : le sujet se mettait sur le ventre dans l'attitude du mitrailleur, tirait avec une mitrailleuse invisible, montait à l'assaut, donnait des ordres à ses compagnons, puis retombait dans un état d'agitation confuse pour enfin se calmer. Il existait une amnésie de la crise mais le sujet se rendait compte qu'il en avait eu une.

- le "syndrome de Porto-Rico" est caractérisé par une crise d'agitation violente polymorphe, avec des cris, des menaces, des convulsions épileptoïdes, des paroles incohérentes semblant indiquer la présence d'hallucinations. Là encore il y a amnésie de la crise, qui survient le plus souvent à la suite d'un conflit avec un supérieur, et elle peut récidiver.

4) les phénomènes de possession et les délires collectifs

- le cas le plus connu est celui des "possédées religieuses ursulines de LOUDUN" dont Ken RUSSEL a tiré le beau film "Les diables".

Cette affaire débuta en 1632 et eut un retentissement religieux et politique considérable. On accusa Urbain GRANDIER, curé de Saint-Pierre, d'avoir provoqué le désordre mental apparu en septembre 1632 chez les dix religieuses Ursulines âgées de dix-huit à trente ans. Il s'ensuivit un véritable "défoulement collectif", la ville étant transformée en une sorte de "théâtre" permanent avec le spectacle d'exorcistes luttant pendant des heures contre les "diables", qui en la personne des "possédées", leur répondaient par des insultes, devinaient les secrets des assistants, prédisaient l'avenir, se roulaient par terre en

.../...

hurlant. GRANDIER, accusé de magie et de sorcellerie fut condamné à mort et périt sur le bûcher le 18 août 1634. Son élimination ne changea rien à la situation : la "possession" continuant, on fit appel aux Jésuites. L'un des leurs, SURIN, se chargea de la Prieure, Mère Jeanne des Anges, de possédée^{elle} devint visionnaire et fit de Loudun un centre de dévotion.

- au XIXe siècle une épidémie "d'hystéro-démonopathie" frappa le petit village savoyard de MORZINE. Elle dura vingt ans, de 1857 à 1877 et fut l'occasion pour les psychiatres d'exercer leur pouvoir de façon assez brutale. Cette épidémie a été étudiée récemment par G. WAJEMAN dans la revue Ornicar (102)

- le "tarentisme", qui régna de façon épidémique en Sicile et dans le sud de l'Italie au XVIIe siècle, mais existe encore de nos jours, tant les conditions économiques et sexuelles de ces régions ont peu changé. Il s'agit d'hystéries collectives et de scènes de possessions dont l'origine est attribuée à la piquûre d'une araignée, la Tarentule, dont il existe deux espèces dont une seule est vénimeuse et peut par sa piquûre empoisonnée, donner certains symptômes observés dans le tarentisme. En fait, l'espèce la plus répandue de cette araignée est totalement inoffensive... On peut voir dans ces phénomènes un soulagement des frustrations liées aux conditions misérables de vie et une libération des pulsions érotiques réprimées et cela au niveau de toute la communauté villageoise (Le tarentisme a été étudié par E. MARTINO "La terre du remords". Paris Gallimard 1966)

- dans l'ouest de l'île de Java existe une cérémonie le "bendjang", dirigée par un "dukun" (sorcier), sous l'influence duquel des hommes s'identifient totalement à des animaux, comme le tigre, le singe, le sanglier, le castor, le renard, à tel point qu'ils se comportent exactement comme eux. Puis le sorcier fait cesser l'état de "transe-identification" et l'homme-animal tombe dans le coma, pour enfin revenir à la vie comme si rien ne s'était passé. Le livre de Merry OTTIN et Alban BENSA, intitulé "Le sacré à Java et à Bali : chamanisme, sorcellerie et transe", donne des photographies saisissantes de ces états zoanthropiques (81)

5) on peut également, à la suite de G. AFANASSIEF, considérer une bonne part des bouffées délirantes guadeloupéennes comme des folies hystériques. AFANASSIEF dans un article intitulé "Réflexions sur une psychiatrie socio-culturelle en Guadeloupe"(1) note la fréquence des diagnostics de "bouffée délirante" portés dans ce département. Or il remarque en fait la proximité des bouffées délirantes guadeloupéennes et des états névrotiques :

"Dans la réalité, on est frappé par l'intrication de l'activité hallucinatoire et délirante avec des phénomènes tels l'angoisse, les phobies, les représentations obsédantes. Et d'une manière générale on note l'importance de phénomènes projectifs exprimant parfois clairement des conflits d'ordre névrotiques"(1).

Nous retrouvons là encore le fait que devant un phénomène délirant est porté le diagnostic de psychose.

6) Enfin, signalons que nombre de "syndromes d'influence authentiques" notés chez des algériens ont été attribués à des phénomènes hystériques(73)(cité par J.C. MALEVAL)

Pour conclure, on peut se demander si la folie hystérique ne serait pas représentation, mise en scène et actualisation, de l'idée que le groupe socio-culturel auquel appartient le malade se fait de la folie.

.../...

QUATRIEME PARTIE

ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Nous avons retenu dans la partie précédente que le délire hystérique se présente de façon prévalente sous la forme d'un délire de filiation, type d'organisation de filiation où, pour reprendre les propos de J. GUYOTAT,

"il s'agit de maintenir... une prévalence du fonctionnement narcissique et du choix d'objet narcissique dans le lien de filiation". (43)

Voilà ainsi posés les rapports de la folie hystérique avec une problématique narcissique, rapports que nous envisagerons en premier lieu dans cette partie de notre travail ; nous essaierons ensuite d'aborder le problème de délire.

CHAPITRE I

LA NOTION DE NARCISSISME

LAPLANCHE et PONTALIS définissent le narcissisme de la façon suivante (61) :

"Par référence au mythe de NARCISSE, amour porté à l'image de soi-même.

Le mythe de NARCISSE, ce jeune homme doué d'une grande beauté, est connu sous différentes versions, la plus célèbre étant celle des Métamorphoses d'OVIDE : NARCISSE était le fils du dieu-fleuve CEPHISE et de la nymphe LIRIOPE. A sa naissance, sa mère, interrogeant le devin TIRESIAS, se vit répondre qu'il vivrait longtemps à condition qu'il ne vît jamais son propre visage. NARCISSE dédaignait l'amour et restait insensible aux avances de nombreux admirateurs ; il provoqua ainsi la colère des Dieux en repoussant l'amour de la nymphe ECHO. Celle-ci, désespérée, se laissa mourir, il ne resta d'elle qu'une voix capable de répéter les mots au fil du vent. Et vint la vengeance

.../...

les Dieux : un jour, NARCISSE, poussé par la soif, surprit son reflet dans l'eau d'une source et en devint amoureux. Incapable de s'arracher à la contemplation de son visage, il se laissa mourir d'amour au bord de l'eau. Sur le lieu de sa mort poussa une fleur qui porte son nom.

Selon la version béotienne du mythe, NARCISSE aurait succulé au suicide un jeune homme amoureux de lui, AMEINIAS, qui le maudit avant de mourir. L'histoire devient alors sensiblement la même.

Une troisième version nous est rapportée par le géographe PAUSANIAS : NARCISSE avait une soeur jumelle, qui était exactement à son image et dont il était éperdument amoureux. Celle-ci mourut. C'est pour se consoler que NARCISSE se mit à passer son temps à se contempler dans l'eau d'une source, son propre visage lui rappelant les traits de sa soeur.

Le mythe de NARCISSE et de son reflet nous invite à envisager la question du narcissisme sous trois aspects : L'autoérotisme, le narcissisme avec les notions de narcissisme primaire et secondaire, le stade du miroir tel qu'il est conçu par J. LACAN. En effet, FREUD précise que :

"... les pulsions autoérotiques existent dès l'origine ; quelque chose, une nouvelle action psychique, doit donc venir s'ajouter à l'autoérotisme pour donner le narcissisme".(+)

C'est ce "quelque chose", cette "nouvelle action psychique que LACAN pointera au niveau du stade du miroir, qui représente pour lui l'expérience narcissique fondamentale.(++)

(+) FREUD. Zur Einführung des Narzissmus, 1914 cité par LAPLANCHE et PONTALIS dans le Vocabulaire de la psychanalyse.(61)

(++) Dans ce chapitre, nous nous sommes référé aux textes du "Vocabulaire de la psychanalyse" de LAPLANCHE et PONTALIS, à la thèse de J. L. GRABER "Contribution à l'étude de la relation spéculaire". Thèse Médecine Lyon 1974(38), et à l'article de M. MONTRELAY : "Le narcissisme" paru in "Encyclopedia Universalis". Paris 1968(75).

L'AUTO-EROTISME

Ce terme, créé par HAVELOCK ELLIS, est repris par FREUD dans les "Trois Essais sur la théorie de la sexualité".(29) pour désigner "cette activité sexuelle... qui n'est pas dirigée vers une autre personne". Cette définition se comprend dans le cadre de la théorie des pulsions où FREUD établit une distinction entre les différents éléments de la pulsion : poussée, source, but, objet. Dans l'auto-érotisme,

"... l'objet (de la pulsion) s'efface en faveur de l'organe, qui est la source de celle-ci et coïncide en règle générale avec lui".(27)

Il s'agit d'un état où les pulsions se satisfont chacune pour son propre compte sans qu'il existe d'organisation d'ensemble.

"Dès les "Trois essais" l'auto-érotisme est toujours défini comme l'activité des différentes "composantes partielles"; il est à concevoir comme une excitation sexuelle qui naît et s'apaise sur place, au niveau de chaque zone érogène prise séparément (plaisir d'organe). Sans doute l'activité auto-érotique nécessite le plus souvent le contact de la zone érogène avec une autre partie du corps (suction du pouce, masturbation, etc...) mais son modèle idéal est celui des lèvres se baisant elles-mêmes". (LAPLANCHE et PONTALIS (61))FREUD (29).

Dans cette phase, les pulsions ne peuvent être que partielles et c'est dans leur convergence sur un objet commun (le moi ou le corps propre) que s'actualisera le narcissisme. C'est donc la phase du "corps morcelé".

La notion que tente de connoter le terme d'auto-érotisme peut donc être définie à partir de celle d'un état originnaire de morcellement de la pulsion sexuelle, impliquant l'absence d'objet total, mais non celle d'un objet partiel fantasmatique.

LE NARCISSISME

Cette période de fonctionnement auto-érotique selon le principe de plaisir et incluant nécessairement l'objet partiel, période représentée sur le plan fantasmatique par le morcellement corporel, va être suivie de "l'ordre narcissique"(J.L. G RABER) (38) caractérisé par une perception et un investissement du corps propre comme image unifiée, le passage de l'une à l'autre se faisant par l'identification spéculaire.

L'identification est le "processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci"(LAPLANCHE et PONTALIS)(61).

Cette définition est un accord avec l'étymologie de ce mot, qui provient du latin "idem" : le même et donne au terme "identifier" son double sens :

- reconnaître le même, rendre ou déclarer identique (identifier)

- faire le même, se pénétrer des sentiments d'un autre (s'identifier à)

La notion d'identification s'appuie donc sur le concept de l'autre reconnu comme objet distinct.

Dans le texte "Deuil et Mélancolie"(27), FREUD indique au sujet de cette affection :

"Il existait d'abord un choix d'objet (+), une liaison de la libido à une personne déterminée ; sous l'influence d'un préjudice réel ou d'une déception de la part de la personne aimée, cette relation fut ébranlée... L'investissement d'objet s'avéra peu résistant, il fut supprimé, mais la libido libre ne fut pas déplacée sur un autre objet, elle fut retirée dans le moi.

(+) souvent de type narcissique, nous indique FREUD plus loin.

Mais là, elle ne fut pas utilisée de façon quelconque : elle servit à établir une identification du moi avec l'objet abandonné".

J. L. GRABER voit dans ce processus de retrait de la libido sur le moi, le "mouvement qui précisément désigne chez FREUD le narcissisme".(38)

Dans le "Cas SCHREBER", FREUD considère le narcissisme comme un stade de l'évolution sexuelle intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour d'objet :

"L'individu en voie de développement... se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps, pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne".(19)

Dans "Pour introduire le narcissisme"(23), FREUD établit, par référence à une sorte de principe de conservation de l'énergie libidinale, un balancement entre libido du moi et libido d'objet :

"Plus l'une absorbe, plus l'autre s'appauvrit"(23) et comme le disent LAPLANCHE et PONTALIS(61) :

"Dans le cadre d'une conception énergétique qui reconnaît la permanence d'un investissement libidinal du moi, c'est à une définition structurale du narcissisme qu'on est ici conduit : le narcissisme n'apparaît plus comme un stade évolutif mais comme une stase de la libido qu'aucun investissement d'objet ne permet de dépasser complètement".

La double polarité de l'économie libidinale est donc nettement formulée dans ce texte. Mais il persiste cependant une ambiguïté quant à la définition de l'objet de l'amour narcissique. En effet, toujours dans le même texte, FREUD désigne l'objet tantôt comme "moi", tantôt comme "corps propre". Or lorsque FREUD se réfère au moi, il l'oppose au monde extérieur, supposant ainsi que le principe de réalité se trouve -au moins de façon partielle- établi. Cet amour qui a le moi pour objet a été appelé par FREUD "narcissisme secondaire".

En revanche, lorsque l'objet de l'amour narcissique est le corps, il s'agit là d'un stade infantile où le rapport à la réalité n'est pas établi encore. C'est^{ce} qu'on nomme "narcissisme primaire", terme qui "désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même" (LAPLANCHE et PONTALIS) (61). Le narcissisme primaire est ainsi un état intermédiaire se situant entre le stade de l'auto-érotisme et le stade où se constitue le principe de réalité.

Ainsi, pour reprendre des propos de M. MONTRELAY (75),

"trois formes d'amour de "soi-même" se succèdent : l'auto-érotisme, ou jouissance qu'une partie du corps prend à soi-même (l'ensemble du corps n'existe pas ; celui-ci est divisé, morcelé en territoires pulsionnels "partiels") ; le narcissisme primaire où le corps propre se constitue comme objet unique ; le narcissisme secondaire, où l'objet n'est plus un organe, ni même un ensemble d'organes, mais le moi, c'est-à-dire un système de liaison de représentation entre elles".

FREUD apportera ensuite deux modifications essentielles à cette théorie :

- le narcissisme primaire n'est plus un stade, mais s'exercerait de façon continue dans l'économie inconsciente, depuis la vie intra-utérine peut-être.

- les deux types d'investissements opposés pourraient être la manifestation de la seule "pulsion de vie", s'opposant l'un et l'autre à la "pulsion de mort".

LE CHOIX D'OBJET NARCISSIQUE

Dans la folie hystérique, la relation à autrui se fait de façon préférentielle sur le mode de la "relation d'objet narcissique", que LAPLANCHE et PONTALIS (61) définissent comme :

"Type de choix d'objet qui s'opère sur le modèle de la relation du sujet à sa propre personne, et où l'objet représente la personne propre sous tel ou tel aspect". Ces auteurs ajoutent :

"La découverte que certains sujets, en particulier les homosexuels, "...choisissent leur objet d'amour... sur le modèle de leur propre personne" est pour FREUD " le motif le plus fort qui nous a obligé à admettre l'existence du narcissisme".

Le choix d'objet narcissique s'oppose au choix d'objet par étayage en ce qu'il n'est pas la reproduction d'une relation d'objet, préexistante, mais la formation d'une relation d'objet sur le modèle de la relation du sujet à lui-même".

Les sujets utilisant ce type de relation d'objet recherchent donc en autrui une partie complémentaire de soi-même ou une image en miroir de ce qu'ils sont. Ils s'éprouvent comme incomplets et cherchent un objet complémentaire de leur manque ainsi que d'un objet qui, jouant le rôle de miroir permet la confirmation narcissique dont ils ont besoin.

Ce mode de fonctionnement fait également appel à l'idéalisation, l'identification à l'objet, visant à faire du sujet un double de l'objet, double imaginaire et idéalisé dont la fonction est de combler le manque.

Ainsi se développe avec autrui un système d'investissement mutuel, ce que J. GUYOTAT et M. AUDRAS expriment de la façon suivante :

"Nous entendions par relation d'objet narcissique cette articulation : ce par quoi les deux protagonistes privilègent leur ressemblance et leur complémentarité pour annuler leur différence. Ce que nous avons constaté, c'est le maintien ou l'instauration entre l'un et l'autre d'une illusion groupale à deux"(41)

Ce mode de relation se retrouve de façon prévalente dans la folie hystérique, "comme si l'objet était chargé de venir combler le manque que ne peut accepter l'hystérique" (R. CAPPADORO)(42)

LE STADE DU MIROIR

La conception freudienne du narcissisme est complétée par J. LACAN avec la notion de "stade du miroir" présentée en 1936. Avec LACAN, on peut concevoir le narcissisme comme la captation amoureuse du sujet par sa propre image. Cette rencontre du sujet avec son image spéculaire,

"ce rapport érotique où l'individu humain se fixe à une image qui l'aliène à lui-même, c'est là l'énergie et c'est là la forme d'où prend origine cette organisation passionnelle qu'il appellera son moi".(J. LACAN)(58)

L'étude du "stade du miroir" nous paraît intéressante car la folie hystérique peut se concevoir comme trouvant son origine dans un trouble de la fonction spéculaire.

Dans le texte "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je"(58), LACAN écrit :

"... le petit d'homme à un âge où il est pour un temps court, mais encore pour un temps, dépassé en intelligence instrumentale par le chimpanzé, reconnaît pourtant déjà son image dans le miroir comme telle.

Reconnaissance signalée par lamimique illuminative du Aha Erlebnis...

... Cet acte, loin de s'épuiser comme chez le singe dans le contrôle une fois acquis de l'unanimité de l'image, rebondit aussitôt chez l'enfant en une série de gestes où il éprouve ludiquement la relation des mouvements assumés à son environnement reflété, et de ce complexe virtuel à la réalité qu'il redouble, soit, à son propre corps et aux personnes, voire aux objets, qui se tiennent à ses côtés.

Cet évènement peut se produire depuis l'âge de six mois...

.... Cette activité conserve pour nous jusqu'à l'âge de

dix-huit mois le sens que nous lui donnons...

... Il y suffit de comprendre le stade du miroir comme une identification au sens plein que l'analyse donne à ce terme : à savoir la transformation produite chez le sujet, quand il assume une image, -dont la prédestination à cet effet de phase est suffisamment indiquée par l'usage, dans la théorie, du terme antique d'imgo."

LACAN ajoute :

"L'assomption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance^{motrice} et la dépendance du nourrissage qu'est le petit homme à ce stade infans, nous paraîtra dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique où le je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet.

Cette forme serait plutôt au reste à désigner comme je-idéal".

La jubilation de l'infans peut s'entendre comme un état de satisfaction libidinale narcissique immédiate qu'il éprouve devant l'unité corporelle qui lui est donnée par la survenue d'une forme visuelle à laquelle il s'identifie.

Le terme "forme primordiale" reçoit chez LACAN plusieurs dénominations :

- il s'agit d'une Gestalt c'est-à-dire d'une forme visuelle perçue par l'infans comme extérieure à lui.

- l'imgo, car cette forme est celle du corps de l'autre, du semblable, telle que l'enfant a pu la voir chez les autres enfants de son âge. Et comme le dit J. L. GRABER (38) :

"c'est précisément parce que l'infans perçoit cette forme comme celle d'un autre qu'il peut s'identifier à elle... L'image du semblable devient par cette opération imgo du corps propre, mais le sujet reste marqué à jamais par cette aliénation qui lui fait rechercher passionnément au lieu de l'autre sa propre unité".

- cette unité idéale du corps propre, LACAN l'appelle encore "Moi-idéal".

Ainsi dans cette expérience à la fois fascinante mais aussi leurrante, le sujet va-t-il passer de l'immédiateté à la médiation, et par là accéder à l'ordre symbolique. Mais c'est sur cette expérience leurrante, aliénante que va se constituer le Moi du sujet ; on peut ainsi dire que ce leurre est une négativité nécessaire.

Le schizophrène se situe ainsi avant la phase d'identité spéculaire ; le paranoïaque se reconnaît dans le miroir et se prend pour cette image ; l'hystérique, lui, va demander au miroir qu'il comble le manque.

Dans la relation ordinaire à l'image spéculaire, le phallus ne saurait apparaître puisqu'il n'y a pas d'image du manque ; il se situe ailleurs, investi profondément "au niveau du corps propre, au niveau du narcissisme primaire, au niveau de ce qu'on appelle auto-érotisme..."(59) L'image spéculaire comporte donc un manque et comme le dit F. PERIER (88) :

"le désir, qui est toujours désir du phallus en l'autre, n'advient que comme accession au manque sous la forme du ($-\phi$)".

C'est dans cette impossibilité à voir se combler ce manque que réside l'insatisfaction de l'hystérique.

Nous reprendrons alors des propos de J. C. MALEVAL (69) :

"quand le manque vient à manquer, ce qui se décèle... à l'origine de (certains) délires, le phallus se confond soudain à l'image du double, puisque l'investissement phallique subsiste au niveau du corps propre...

Le manque devient soudain représentable et s'incarne en une image de la toute-puissance, du destin, à laquelle le sujet, fasciné, se voue, mais non sans haine. Une relation à l'image spéculaire s'établit telle qu'il en devient trop captif pour qu'il puisse se référer à un tiers ; la relation duelle pure, affirme LACAN, dépossède le sujet de la relation au

Nous l'avons dit, la folie hystérique peut se concevoir comme trouvant son origine dans un trouble de la fonction spéculaire, donc un trouble dans le processus d'identification. L'éclosion délirante va ainsi surgir dans une atmosphère de désidentification, ce que notait F. PERRIER (88) :

"Le délire hystérique n'était en quelque sorte qu'une orgie de désidentifications ; l'extase tenait lieu d'expérience orgasmique".

CHAPITRE II

LE PROBLEME DU DELIRE

Quel est le processus président à l'apparition du délire hystérique ?

Il nous faut nous interroger sur le concept de projection, que FREUD, on le sait, entend dans son oeuvre sous plusieurs acceptions. Concept difficile à préciser pour lui, puisque dans l'étude sur "Le Président SCHREBER", il dit remettre "à une autre occasion l'étude de la projection"(49), avant de s'interroger sur la question du refoulement, pour enfin affirmer :

"Il n'était pas juste de dire que le sentiment réprimé au-dedans fût projeté au dehors ; on devrait plutôt dire, nous le voyons à présent que ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors".(49)

On pourrait ainsi envisager, à partir de ces lignes deux modalités de projection. C'est d'ailleurs à partir des réflexions relatives à "ce qui a été aboli au-dedans" que LACAN a élaboré le concept de forclusion et qu'il écrit :

"... ce qui n'est pas venu au jour du symbolique, apparaît dans le réel".(58) Ainsi, c'est le signifiant forclos

qui réapparaît dans le réel au cours du délire (psychotique, ajouterons-nous).

En revanche, la projection hystérique pourrait bien être de l'ordre de ce "sentiment réprimé au dedans et projeté au-dehors", processus dont FREUD reconnaît l'existence dans le rêve :

"Un rêve nous indique qu'il s'est produit quelque chose qui voulait perturber le sommeil, et il nous permet de saisir la façon dont on a pu se défendre contre la perturbation. Finalement, le dormeur a rêvé et il peut poursuivre son sommeil ; à la place de la revendication interne qui voulait qu'on s'occupe d'elle, un événement externe est survenu, dont la revendication a été liquidée. Un rêve est donc aussi une projection, l'extériorisation d'un processus interne". (27)

Dans notre partie clinique, nous avons noté la proximité du délire hystérique avec des délires oniroïdes. Ainsi pouvons-nous écrire avec J. C. MALEVAL :

"Dans la projection du délire hystérique, on reconnaît les mécanismes propres au rêve, à savoir le déplacement (métonymie) et la condensation (métaphore). Certes le premier est loin d'être absent du délire dissocié. En revanche, le second implique que le signifié délirant puisse se révéler en liaison avec des signifiants latents, ce dont il est aisé de montrer que la machine à influencer de NATALIA et la pollution de MARIE (+) fournissent des exemples manifestes, tandis que l'on chercherait en vain quelque chose de cet ordre dans le délire psychotique". (69)

Et le processus présidant à l'éclosion du délire hystérique est, comme le rêve, le retour du refoulé. On peut donc considérer le délire comme un symptôme, témoin du retour du refoulé, ce que FREUD notait déjà dans son livre "Délire et rêves dans la "Gradiva" de JENSEN :

(+) il s'agit d'une malade dont le cas est étudié par MALEVAL dans l'article "le délire hystérique c'est pas un délire dissocié".

"Les symptômes du délire -fantasmes et actes- résultent d'un compromis entre... deux courants psychiques... Quand un compromis est survenu, c'est qu'il y avait combat : ici ce fut le combat que nous admettons exister entre l'érotisme réprimé et les puissances psychiques le maintenant en état de refoulement". (21)

Le retour du refoulé peut ainsi dans la folie hystérique se manifester sous les divers aspects que nous avons décrits : Diable, démons (incubes et succubes), loup-garou, "machine à influencer", O.V.N.I., cela en fonction des signifiants refoulés.

Il est intéressant de noter encore la rareté des symptômes de conversion au cours du délire hystérique, ce que remarquait également CHARCOT :

"Il est très curieux que dans les formes particulièrement mentales les stigmates n'apparaissent pas"(13).

A ce sujet, R. CAPPADORO se demande (12) "si les symptômes de conversion ne sont pas dans un rapport d'exclusion avec le symptôme-délire comme témoin d'un retour du refoulé". Nous pensons pouvoir dire que, s'il s'agit là de la majorité des cas, ce n'est tout de même pas une règle, puisque certaines malades, ayant l'idée délirante d'être enceintes, présentent de fait une grossesse nerveuse.

Nous voyons donc que tout délire n'est pas psychotique et qu'il est donc préférable de ne pas utiliser le terme de "psychose hystérique".

CINQUIEME PARTIE

PLACE NOSOLOGIQUE DE LA FOLIE HYSTERIQUE

PLACE NOSOLOGIQUE DE LA FOLIE HYSTERIQUE

Notre propos sera dans cette partie de situer nosologiquement la folie hystérique telle que nous l'avons décrite, particulièrement dans ses rapports avec la psychose. Nous en verrons successivement les rapports avec les bouffées délirantes, les états-limites, et avec ce que J. GUYOTAT et coll. ont nommé "psychoses de type II".

CHAPITRE I

LES PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES OU BOUFFEES DELIRANTES

Les épisodes délirants survenant sur une structure hystérique sont, nous l'avons signalé, généralement étiquetés "bouffées délirantes".

La place nosographique de ces bouffées délirantes est très discutée. Elles ont en effet été avant tout décrites dans le cadre de la psychiatrie française où elles sont considérées comme le type même de la psychose délirante et/ou hallucinatoire aiguë. En revanche, les écoles anglo-saxonnes nient leur importance et même leur existence et les considèrent soit comme l'expérience délirante primaire de la schizophrénie (schizophrénie aiguë), soit comme des paranoïas aiguës.

Nous allons, à la suite d'H. EY et coll. (18) en préciser les caractères cliniques :

A- L'expérience délirante.

Le délire débute brutalement "comme un coup de tonnerre dans un ciel serein", à la suite d'une émotion, d'un surmenage,

.../...

mais parfois sans cause apparente.

Il s'agit d'un "délire d'emblée" (MAGNAN), c'est-à-dire constitué immédiatement de toutes pièces.

Ce délire est polymorphe, dans ses thèmes et ses mécanismes :

- les thèmes sont multiples et variables (persécution, grandeur, transformation corporelle ou sexuelle, influence, empoisonnement, richesse, puissance) Ils s'intriquent et se mélangent, se métamorphosent, dans la succession d'images oniriques.

- les mécanismes sont également multiples et associés :

- intuitions et convictions
- interprétations délirantes
- éléments imaginatifs, illusions
- hallucinations, visuelles ou auditives, mais

le plus souvent psychiques (voix, écho de la pensée, inspirations, actes imposés, devinement de la pensée, etc...)

Le délire est variable : les idées délirantes ne sont pas systématisées et changent suivant les moments et l'humeur. Il peut être centré sur un thème particulier.

Le délire est vécu comme une expérience irrécusable, "comme le rêve s'impose au rêveur" (H. EY). Cependant les croyances délirantes sont, elles-aussi, variables et oscillantes.

B- L'altération de la conscience.

Le malade est lucide, reste en communication avec autrui, est bien orienté, bien adapté à l'ambiance. Cependant, derrière cette apparence, le malade est tantôt confus, tantôt dans une "atmosphère hypnoïde", qui se reconnaît par la "distraktion", l'air absent, le détachement, le malade vivant son délire comme une expérience dont il est le jouet, le spectateur et l'acteur.

Nous rappellerons à ce propos que CHASLIN décrivait le délire de rêve comme "systématique, coordonné, reposant plus

sur la "distraction" que sur la "confusion".

C- Les perturbations de l'humeur

L'humeur est constamment altérée (soit dans le sens de l'exaltation, confinant à la manie, soit dans le sens de la dépression) et est variable d'un pôle à l'autre suivant les moments.

D- Evolution et pronostic

La durée de l'accès est variable, de quelques jours à quelques semaines. La fin en est parfois brutale, mais le plus souvent, se produit une "phase de réveil", comparable à celle que décrit REGIS dans les psychoses oniriques.

La bouffée délirante guérit généralement sans séquelles, "est sans conséquence, sinon sans lendemain" (MAGNAN). Cette règle admet toutefois de nombreuses exceptions.

Le pronostic est marqué par le risque de récurrence () et surtout une évolution schizophrénique (c'est pourquoi les écoles anglo-saxonnes nomment ces bouffées délirantes, "schizophrénie aiguës"), ou l'apparition d'un délire chronique (la bouffée délirante constituant alors un "moment fécond" ou une poussée évolutive).

H. EY et coll. (12) retiennent des éléments de mauvais pronostic : la systématisation des idées délirantes, l'importance de l'automatisme mental, la longueur de la crise, sa résistance aux thérapeutiques.

Ces mêmes auteurs distinguent diverses formes cliniques :

- les "psychoses imaginatives aiguës", caractérisées par "l'éclosion subite d'une fabulation sur thèmes variés riches en péripéties, en aventures romanesques, souvent racontées avec brio et grand luxe de détails pittoresques". Et ils ajoutent :

" Ces flambées imaginatives surgissent assez fréquemment sur une constitution mythomaniaque et hystérique".

Il nous paraît bien difficile d'accepter telles quelles ces dernières considérations, qui donnent matière à polémique. En effet, on peut se demander en quoi consiste le concept de "constitution mythomaniacale"... De plus, H. EY et collaborateurs éludent purement et simplement la question de la légitimité de l'utilisation du concept de psychose hystérique puisqu'ils parlent de psychoses survenant sur une constitution hystérique.

- les psychoses interprétatives aiguës, qui sont des paroxysmes délirants uniquement interprétatifs et s'accompagnent généralement de réactions émotionnelles intenses.

- les psychoses hallucinatoires aiguës, où prédominent tous les types d'hallucinations (hallucinations acoustico-verbales, psychomotrices, cénesthésiques ou visuelles, phénomènes d'influence, de dépersonnalisation, syndrome d'automatisme mental, etc...). Les thèmes sont souvent mystiques ou érotiques. Les événements délirants (scénarios, extases, catastrophes apocalyptiques, péripéties romanesques), sans avoir les caractères scéniques de l'onirisme, se déroulent dans une atmosphère imaginaire et artificielle et sont vécus tantôt dans une atmosphère d'angoisse, tantôt avec une tonalité d'excitation ébrieuse, "dans une sorte d'ivresse fantasmagorique qui les apparente aux effets des toxiques hallucinogènes"(H. EY et coll.) (18)

Enfin sur le plan étiologique, la symptomatologie de ces expériences délirantes se retrouve surtout, selon ces auteurs, au cours de certaines intoxications, plus particulièrement par le haschich, l'opium, la cocaïne, l'alcool, le chloral, la mescaline, etc... Nous rappellerons ici que MOREAU de TOURS et RICHER rapprochaient le délire hystérique des délires oniriques créés par l'alcool et les drogues hallucinogènes (surtout le haschich).

Les bouffées délirantes peuvent également avoir fréquemment pour origine la puerpéralité (psychoses puerpérales) ou divers chocs émotionnels.

Nous voyons donc que le délire hystérique peut être considéré comme une bouffée délirante, au sens classique du terme. Cependant cela ne nous avance guère.

En effet, la notion de bouffée délirante n'étant pas admise de façon unanime, elle ne peut être très fructueuse sur un plan nosologique. De plus, elle ne résoud en rien une question fondamentale, celle du pronostic : l'épisode délirant auquel nous sommes confronté est-il le premier acte d'une évolution psychotique ? ou bien, survenant sur une structure hystérique restera-t-il sans lendemain ? ou encore récidivera-t-il, mais sans prendre le caractère dramatique d'une évolution psychotique ? (on connaît cependant l'existence de passages à la chronicité très invalidants pour le patient).

Force nous est de dire que nous n'avons pas résolu ce problème. Aussi faudra-t-il s'efforcer de mettre en évidence les éléments cliniques que nous avons décrits précédemment. Il nous semble également -mais nous émettons des réserves- qu'un critère pharmacologique peut aider au diagnostic : dans notre expérience personnelle, les délires hystériques ne sont guère modifiés par les neuroleptiques usuels et la résolution spontanée et parfois spectaculaire, en quelques heures, de ces délires pourrait être un élément en faveur de la folie hystérique.

CHAPITRE II

LES ETATS-LIMITES

J. COTTRAUX, M.P. REYSS BRION et D. MASSOT, dans leur article intitulé "la notion de psychose hystérique" (16) émettaient l'hypothèse que ces psychoses hystériques pouvaient être des "états-limites", toutefois non sans quelque réticence. Aussi écrivaient-ils :

"... le terme d'état-limite ne nous satisfait pas, car il est trop vague et impropre à rendre compte des phénomènes observés et surtout du vécu de la relation. D'autre part, il s'agit d'un terme encore trop variable suivant les auteurs..."

LAPLANCHE et PONTALIS définissent les cas-limites de la façon suivante : (61)

"Terme le plus souvent employé pour distinguer des
psychopathologies situées à la limite entre névrose

et psychose, notamment des schizophrénies latentes présentant une symptomatologie d'allure névrotique".

Et ces auteurs ajoutent :

"le terme de cas-limite n'a pas une signification nosographique rigoureuse. Ses variations reflètent les incertitudes mêmes du champ auquel il s'applique".

Nous sommes bien obligé de constater que cette notion d'état-limite reste bien floue et apparaît parfois comme un concept "fourre-tout" où l'on classe ce qu'on est en peine de classer ailleurs...

Aussi, cette notion d'états-limites, qui pour R. CAPPADORO (11) ne seraient, le plus souvent, que des formes de psychoses de type II, ne nous semble pas pouvoir résoudre le problème de la position nosologique de ce que nous appelons folie hystérique et laisse ouverte toutes les interrogations.

CHAPITRE III

LES PSYCHOSES DE TYPE II

R. CAPPADORO a étudié dans son mémoire "Hystérie et folie" (12) les rapports entre la folie hystérique et ce qu'à la suite de J. GUYOTAT, il a appelé les psychoses de type II ("psychoses romantiques")

On remarque dans les psychoses de type II que :

- le délire est relativement organisé, cohérent encore qu'il puisse prendre parfois une allure plus franchement dissociative et désorganisée. Il se caractérise fréquemment par le mécanisme d'idéalisation. La rupture d'avec la réalité n'est jamais totale.

- la thématique homosexuelle est constante et même prévalente.

- la relation à autrui se fait préférentiellement sur

le mode de la relation d'objet narcissique.

- il existe une sensibilité aux expériences de réalité.

Nous voyons donc qu'il existe une proximité, tout au moins sur le plan clinique, entre psychoses de type II et folie hystérique.

Cependant, nous l'avons montré, la folie hystérique n'est pas une psychose, laquelle est spécifiée par le mécanisme de la forclusion.

Aussi ne pouvons-nous qu'adhérer à ces propos de R. CAPPADORO (12) :

"... Nous croyons pouvoir affirmer qu'il existe une proximité clinique entre les psychoses de type II et la folie hystérique mais, qu'en revanche persistent des interrogations quant à la proximité de leur structure".

Quoi qu'il en soit, il paraît intéressant de poser cette question, d'autant plus que dans les deux cas, une problématique de filiation est en jeu.

Il nous reste en quelques lignes à nous interroger sur le nom à donner aux manifestations que nous avons étudiées.

Le terme de psychose hystérique est le plus courant. Il a un avantage, celui de traduire un tableau psychiatrique majeur évoquant une psychose (+), mais deux inconvénients : il est structurellement illégitime (et donc très discutable) et surtout, par l'utilisation du terme "psychose" risque de marquer à tout jamais d'une note pessimiste l'avenir du malade.

(+) en n'oubliant pas qu'une structure psychotique peut-être cliniquement muette.

L'expression "folie hystérique" nous paraît préférable pour deux raisons : d'abord sur un plan historique (la folie hystérique était une entité bien reconnue au XIXe siècle), ensuite parce qu'elle n'induit pas la confusion avec une psychose. Malheureusement le terme "folie" comporte une nuance péjorative qui peut prêter à discussion.

Peut-être vaudrait-il mieux parler tout simplement de "délire hystérique" en ne le confondant cependant pas avec la quatrième phase de la grande crise hystérique.

Quoi qu'il en soit, et au-delà du terme choisi, il nous paraît avant tout important que cette notion de "folie hystérique" soit de nouveau reconnue et que les délires hystériques ne soient pas confondus avec les délires dissociés.

SIXIEME PARTIE

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous allons présenter quatre observations personnelles.(+)

Nous en avons deux de plus en notre possession, que nous ne pouvons publier pour des raisons de discrétion.

Nous présentons enfin le résumé d'une observation rapportée par P. JANET, lors d'une conférence prononcée le 23 décembre 1894 : "Un cas de possession et l'exorcisme moderne"(51).

(+) Ces observations ont été recueillies dans les services des docteurs C. BARAL, J. M. GENEVIEVE, M. ROUX, que nous remercions.

I- JACQUELINE

C'est lors de sa quatrième hospitalisation en milieu psychiatrique que nous faisons la connaissance de Jacqueline, âgée de 32 ans. Elle a été amenée de force, sur la demande de sa famille, et le certificat du médecin précise :

"... présente un état neuro-psychique qui se manifeste par une certaine incoordination dans ses actes et ses paroles, une agitation incessante, une insomnie (dans la nuit s'est levée, a mangé, récité des poèmes, joué de la guitare, a une certaine "obsession" contre la vie moderne, voulant réformer ce qui l'entoure pour le mettre à son image...)..."

Jacqueline est la quatrième et dernière enfant d'une famille de boulangers protestants qui a élevé ses enfants dans une grande rigueur morale :

"ma mère a toujours été très protectrice... sur la vie sexuelle, on ne m'a jamais rien dit... j'ai découvert à 13 ans les règles parce que j'avais vu des linges sécher et j'avais posé la question à ma mère : je ne comprends pas, il doit y avoir un bébé dans la maison parce qu'il y a des linges qui sèchent ; la bonne avait ri et ma mère m'avait vaguement expliqué..." nous dira-t-elle.

Les autres enfants ont réagi chacun à sa façon à cette éducation très stricte :

- sa soeur aînée se "sacrifie" pour les autres en travaillant dans un centre protestant pour enfants "caractériels". Elle joue un rôle assez maternel vis-à-vis de Jacqueline, les parents, assez âgés ayant plutôt l'image de grands-parents ; c'est elle qui prendra d'ailleurs les décisions d'hospitaliser sa soeur cadette,

- son premier frère, à l'inverse, accumule les succès financiers et a une situation très florissante en AMERIQUE DU SUD,

.../...



- le second frère enfin est pasteur.

Jacqueline a été une élève brillante :

"j'étais toujours première en classe, j'y mettais un point d'honneur. J'étais une mécanique à apprendre, mais la vie m'échappait, le seul plaisir que j'avais, je le trouvais le dimanche à faire des randonnées avec mes camarades scouts".

Toutefois, elle échoue au baccalauréat (Mathématiques élémentaires), mais le réussit l'année suivante en section philosophie et entre en hypokhâgne, puis en faculté de Lettres où elle choisit l'Anglais par affection et admiration pour le seul professeur de classes préparatoires chez qui elle trouvait un peu de chaleur humaine. En effet, Jacqueline avait à ce moment-là beaucoup de difficultés à établir des relations avec les gens.

Elle passe ensuite quelques temps en Angleterre et a pour la première fois des relations affectives et sexuelles extrêmement difficiles d'ailleurs avec un garçon.

Jacqueline devient alors professeur d'Anglais et est très attachée à son travail et à ses élèves. Elle a par ailleurs une grande activité sociale, bénévole, cherche à se consacrer aux plus défavorisés et aux "cas sociaux". Elle s'occupe de scoutisme, fait des travaux manuels, de la musique, du tissage.

C'est à 26 ans, qu'elle présente son premier épisode délirant, survenu brutalement. Elle animait alors avec un psychologue un groupe d'expression corporelle. C'est en revenant d'une de ces séances qu'elle commence à présenter des troubles : elle s'habille tout en blanc et se met à la fenêtre de la maison familiale, tenant des propos incohérents, et ayant selon sa mère des hallucinations. Elle disait entre autre attendre un garçon nommé Patrick, qu'elle a connu au sein de ce groupe, et dont elle est amoureuse, mais ce garçon est homosexuel et inaccessible.

Elle est alors hospitalisée pour "un état délirant aigu de persécution avec hallucinations auditives et visuelles", dit l'observation, et il est diagnostiqué un "état schizo-maniaque délirant".

.../...

Elle reprend son travail deux mois après et ne présente plus de troubles pendant huit mois.

C'est la fin du premier trimestre de l'année scolaire suivante que Jacqueline amorce une rechute : elle avait remarqué qu'un des autres professeurs de l'établissement s'intéressait à elle et "était en communion de pensée avec elle-même".

Durant les vacances de Noël, elle a fait un stage d'expression musicale où elle retrouve Patrick qui selon elle, s'intéresse à elle, mais l'inquiète cependant quelque peu :

"il déviait de leur sens tous les travaux musicaux, pour les transposer sur un plan philosophique et métaphysique, basé sur l'humanisme et la transmission de pensée..." dit-elle.

A la fin du stage, elle raccompagne des amis et passe la nuit dans le lit d'un garçon qui, dit-elle, l'a simplement caressée. Le lendemain, dans un grand état d'exaltation elle se rend chez la mère d'une de ses amies et devant son état on l'hospitalise. Elle présente alors un état confuso-onirique avec un vécu fait à la fois d'exaltation, d'étrangeté, de dépersonnalisation et d'anxiété. Elle fait également de fausses reconnaissances, voyant dans le physique et les yeux des gens qui l'entourent d'autres personnes et notamment Patrick. Elle tient également des propos mégalomaniques, parlant de changer le monde et proteste vigoureusement contre son hospitalisation.

Son état s'améliore progressivement et elle quitte l'Hôpital au bout de trois mois.

Pendant cinq ans, Jacqueline ne va plus avoir de troubles. Elle continue ses activités de dévouement et est très appréciée pour son travail, tant par ses élèves que par ses collègues.

Malheureusement, Jacqueline va être de nouveau hospitalisée. Elle présente un délire érotico-mystique et mégalomaniacal : elle est persuadée que son intervention va permettre de rétablir l'équilibre du monde, lequel équilibre est détruit par le "fonctionnement mécanique" des gens. Elle parle de la religion,

.../...

qui seule peut apporter l'amour à tout le monde, mais l'essentiel de son discours est centré sur son corps et sur la sexualité, problèmes qu'elle met en rapport avec l'éducation très rigide et protectrice qu'elle a reçue.

Le séjour hospitalier sera difficile, Jacqueline étant très exaltée et réclamant sa sortie. Elle refuse les médicaments ("ils me dépersonnalisent"), s'occupe d'autres malades qu'elle incite à se rebeller contre l'équipe soignante, critique le manque d'amour et de chaleur humaine qu'elle dit ne pas trouver dans ce lieu.

En une quinzaine de jours, son état s'améliore ; Jacqueline critique les événements précédents et sort au bout d'un mois de l'Hôpital pour reprendre son travail.

C'est donc, nous l'avons dit, lors de sa quatrième hospitalisation, un an après, que nous la rencontrons. Elle est dans un grand état d'exaltation, hypomaniaque, logorrhéique. Elle délire sur des thèmes érotico-mystiques et parle volontiers de ce qui lui arrive, tout en protestant contre son internement. Elle explique qu'elle vit actuellement avec une jeune amie homosexuelle, Chantal, mais, dit-elle, la cohabitation est tout à fait platonique. Toutefois, elle a fait peu avant son hospitalisation tout un jeu symbolique à l'aide de poupées : une poupée était placée dans le lit de Chantal, le lendemain elle la reprenait et la mettait dans son lit, à côté d'elle. Elle a mis aussi des enfants dans le coffre de sa voiture pour les protéger des adultes.

Et un dimanche matin, elle simule un accouchement devant son père et sa soeur aînée et met en scène un mariage symbolique avec son père :

"j'ai fait un petit Suisse, le mitron que mon père n'a pas trouvé pour continuer son métier...". Elle cherche encore à le séduire en dansant devant lui une sorte de danse des sept voiles digne des Mille et Une Nuits.

"Docteur, tout est symbole, l'amour... Je veux que mon père me marie avec Patrick... il y avait une fête... du champagne... un brin de muguet que j'avais mis au revers du costume de mon père... il était comme un marié... je veux les transformer..."

ma soeur est un homme, une directrice..."

De fait, c'est bien sa soeur qui l'a fait conduire à l'Hôpital : "manu militari".

Les premiers jours de son hospitalisation sont vécus avec une grande exaltation de l'humeur : Jacqueline joue de la guitare, chante à tue-tête, veut organiser des fêtes dans le pavillon. Son discours est centré sur l'amour, apporté par la croyance en Jésus-Christ, la pureté, le changement du monde. Elle "prend en charge" d'autres jeunes malades, essaie de nous convaincre de l'aspect répressif de notre métier : "vous donnez des médicaments, alors que ce dont les malades ont besoin, c'est d'amour et de liberté".

Elle refuse bien sûr tout traitement, est très mécontente vis-à-vis de sa soeur aînée et refuse de la voir, pour quelques minutes après lui téléphoner en lui demandant de la faire sortir. Son amie Chantal vient d'ailleurs la conforter dans ses positions en l'encourageant à refuser toute prise en charge thérapeutique.

Elle sait manipuler les membres de l'équipe soignante : ainsi, un jour où nous lui refusons une permission, elle fait appeler un autre médecin et se montre assez convaincante pour l'obtenir.

Le délire cessera de façon très rapide le dixième jour. Jacqueline devient alors beaucoup plus calme et critique son épisode délirant. C'est ainsi que nous apprendrons que le brin de muguet placé sur la veste de son père s'adressait à Patrick. Elle avait quatre poupées, la première appelée Pénélope était destinée à sa soeur aînée, la seconde, Muscadine était pour son frère, pasteur, la troisième pour elle, la quatrième pour son autre frère, qui avait perdu une poupée quand il était enfant. Quant à son frère, pasteur, il s'entendait mal avec son épouse, aussi pensait-elle pouvoir les réunir pour améliorer leurs relations.

Au douzième jour, Jacqueline a repris contact avec la réalité. Depuis un an, elle poursuit ses activités et son travail sans présenter de troubles, tout au moins à notre connaissance.

Il est à noter que toutes ses rechutes ont eu lieu à la même époque de l'année, au printemps, et ont pu faire discuter une psychose maniaco-dépressive.

Cependant, cette observation nous semble bien caractéristique d'une folie hystérique.

En effet, il existe une thématique oedipienne avec une problématique paternelle très nettement centrée sur le désir d'avoir un enfant du père.

La thématique homosexuelle y est évidente, ainsi que les thèmes mégalomaniques.

Nous retrouvons également beaucoup de thèmes décrits dans notre partie clinique : syndrome d'influence, dévouement, érotisation de la relation (Jacqueline faisant souvent des remarques sur notre physique), mysticisme, théâtralisme.

II- ROGER

Roger nous a été adressé en placement d'office pour "une bouffée délirante avec état maniaque".

Il est alors âgé de 38 ans, est marié depuis dix ans et père de deux enfants.

Le contact avec lui est très facile, il est logorrhéique et raconte volontiers son histoire. Histoire délirante, qu'il vit avec une grande intensité, en se rendant compte toutefois que ce n'est pas la réalité, avec laquelle il garde un certain contact. Histoire assez belle, romanesque, fantastique parfois (au sens propre du terme) qu'il est assez difficile de rapporter.

Il est télépathe et est téléguidé par les autres, par l'armée, par l'OAS...

Tout a commencé quelques jours avant. Il se sentait alors fatigué et déprimé et avait consulté un médecin qui lui avait prescrit des tranquillisants. C'est alors qu'il reçoit la visite des gendarmes car il a inquiété ses voisins en manipulant une carabine à sa fenêtre. La nuit précédente il n'a pas dormi et s'est vu attaqué par des gens qui escaladaient la façade de l'immeuble par les balcons ; il a pensé que c'étaient les voisins.

C'est le lendemain qu'il vit son étrange aventure :

"je suis allé faire les courses avec ma femme, mais je me sentais traqué, je n'osais pas rentrer dans les magasins... l'histoire de la carabine... Pendant que ma femme était dans une boutique, j'ai vu ma photo dans le journal, j'ai lu que j'avais tué deux vieilles femmes à PARIS... on me recherchait... j'ai pensé qu'il fallait me mettre à l'abri, partir en ITALIE. Je me suis sauvé ai pris ma voiture et suis parti en direction de la frontière. Mais je suis tombé en panne d'essence au bout d'une centaine de kilomètres. J'ai pris à pied un petit chemin et j'ai marché..."

.../...

Nous l'avons dit, il est difficile de rapporter l'atmosphère d'étrangeté, d'onirisme, qu'il met dans ce récit. Disons simplement qu'il le raconte sans angoisse, de façon "normale", un peu amusé même, comme s'il se trouvait encore dans la situation, sans y être vraiment.

"Sur le chemin, je parlais aux arbres et aux fils téléphoniques ; ils me répondaient, me donnaient des ordres... J'étais téléguidé par l'armée, l'OAS... on me disait que j'étais bête d'avoir laissé ma femme... j'avais compris qu'on parlait de moi à la télévision, j'étais un dangereux criminel..."

Puis j'ai vu une belle maison ; j'ai pensé que je voudrais m'y installer avec ma femme et mes enfants, tout recommencer. J'étais heureux, je voulais faire partager ma joie. Je suis rentré chez des gens pour leur raconter mon histoire, je voulais qu'ils comprennent ce qu'est le bonheur..."

C'est là que les gendarmes sont venus le chercher et l'ont conduit à l'hôpital psychiatrique.

"Les gendarmes... on a détruit ma maison d'amour", nous dit-il.

Roger exprime également des doutes quant à son identité :

"J'ai perdu mon identité et on m'en a donné une autre. Je m'appelle Jean LEVY et je suis directeur d'un centre de recherche à V..., un centre de recherche sur la transmission de pensée".

Pendant l'entretien, il entend son fils l'appeler et se lève pour aller voir derrière la porte. Il se croit à PARIS, en prison.

A côté de ce discours délirant, Roger rapporte de façon très cohérente sa biographie.

Il est né à ALGER, ses parents ont divorcé quand il avait 17 ans, et il n'a jamais revu son père depuis. Il fait son service militaire pendant la guerre d'ALGERIE et connaît de grandes frayeurs lors des expéditions nocturnes mais il garde cependant un bon souvenir de la fraternité avec ses compagnons d'armes.

.../...

Il se met à boire pendant son service militaire.

Il vient en FRANCE à l'âge de 22 ans, l'année où sa mère se remarie avec un métropolitain.

Il travaille alors comme fonctionnaire dans le midi où une partie de sa famille s'est installée, puis part dans le Nord vivre auprès de sa mère et de son beau-père qui dirige une usine.

C'est alors -il a 26 ans- qu'il rencontre sa future épouse.

Une semaine avant le mariage, le père de sa fiancée meurt et le mariage a lieu contre le gré de la famille de celle-ci.

En deux ans le couple aura deux enfants.

Roger explique que dès le début, il s'est mal entendu avec sa femme :

"nous avions des éducations trop différentes, et de plus, nous ne faisons guère d'efforts pour nous comprendre".

Après la naissance du second enfant, Roger obtient sa mutation dans le sud de la FRANCE, pour se rapprocher de sa mère, qui s'est installée avec son mari, tous deux étant retraités dans une petite ville au bord de la méditerranée.

Roger vit donc depuis dix ans avec sa femme quand nous le rencontrons. Depuis plusieurs années les choses vont très mal dans son couple, il lui arrive de boire beaucoup et alors l'atmosphère conjugale devient orageuse et même violente. Plusieurs fois, ils ont parlé de divorcer mais sont finalement restés ensemble, à cause des enfants, dit-il.

Le lendemain de son arrivée, Roger commence à reprendre contact avec la réalité et critique les événements qu'il a racontés.

Quarante huit heures après, il ne reste plus aucune trace de son épisode délirant, sans qu'il ait reçu de traitement

Sa femme nous a appris qu'il s'agit d'un homme parfois violent, très secret, qui ne parle jamais de son travail à la maison. Il sort parfois le soir sans dire où il va, ce qui laisse à son épouse des doutes sur sa fidélité. Elle explique que son mari est très attaché à sa mère et qu'il exige de passer toutes les vacances de celle-ci. Elle sera d'ailleurs assez directe avec lui, lorsque, au cours d'un entretien ultérieur, son mari parlant de partir en vacances au bord de la mer, elle lui dit :

"tu veux aller au bord de la mer ou au bord de ta mère ?".

Roger n'est resté que peu de temps dans le service, le placement d'office n'ayant pas été enregistré.

Ajoutons encore qu'il nous étonnera beaucoup, (et sa femme en fut scandalisée) lorsque venant en consultation à l'hôpital avec celle-ci, il déclarera avoir la nostalgie du pavillon où il avait été et regrettait "ses bons copains"... ce qui nous a laissé bien des doutes sur l'entente conjugale...

Nous retrouvons dans cette observation diverses caractéristiques du délire hystérique :

- le délire est oniroïde
- il existe un problème de filiation, la thématique oedipienne y est évidente et la thématique homosexuelle affleure de façon implicite
- le syndrome d'influence est très marqué
- il existe des thèmes mégalomaniques et des troubles de l'humeur.

III- CHRISTINE

C'est une longue histoire que celle de Christine. Elle débute alors que Christine a 14 ans : elle présente une anorexie et un mutisme.

Quelque temps auparavant son père s'est remarié. En effet, sa mère s'est suicidée trois ans avant et Christine semble mal supporter l'entrée dans sa vie d'une belle-mère avec qui elle ne s'entend guère.

Son père est ouvrier. Sa mère était la dernière d'une fratrie de quatre filles : l'aînée est mariée, la seconde était autrefois religieuse et s'est mariée, la troisième est décédée à 18 ans d'une fausse couche provoquée.

De 14 à 16 ans, Christine est suivie au dispensaire d'hygiène mentale. Elle fait pendant cette période une première tentative de suicide, par absorption médicamenteuse, puis une seconde, beaucoup plus grave, par défenestration qui provoquera une fracture, tassement de la colonne vertébrale.

C'est après cette tentative qu'elle est amenée à l'hôpital Psychiatrique.

Christine explique qu'elle a voulu se supprimer à la suite d'une liaison qu'elle a eu avec un homme marié, liaison entreprise par vengeance vis-à-vis de son père et sa belle-mère. C'est aussi par vengeance vis-à-vis de son père qu'elle a tenté de se suicider. Les disputes avec sa belle-mère sont fréquentes et Christine, très attachée à son père, exprime nettement son hostilité à ce remariage.

Elle regrette de ne pas avoir réussi à mourir mais exprime avec un sourire son dégoût de la vie. On retient alors une certaine discordance dans les idées.

Elle sort de l'hôpital au bout de trois mois pour partir en maison de repos. Trois semaines après, elle est ramenée d'urgence, ayant encore tenté de se suicider :

.../...

"J'en ai assez de la vie", dit-elle avec le sourire, "si l'on ne m'avait pas retenue j'enjambais le balcon de la cour".

Et les idées de mort n'apparaissent guère réelles aux yeux de l'équipe médicale qui la prend en charge. Elle est toutefois assez discordante et on émet l'hypothèse d'une schizophrénie.

Dès lors, ce sera une succession d'hospitalisations. Christine sort de l'hôpital au bout de six mois, stabilisée par un traitement neuroleptique. Elle y revient un mois après en accès maniaque et n'en sortira définitivement -croit-on- que trois ans plus tard.

Cet accès maniaque atypique a débuté brutalement : Christine est restée de façon spectaculaire sur un banc public de 19 heures à 24 heures et il a fallu l'amener de force à l'hôpital. Elle répond avec indifférence aux questions, se laisse tomber par terre, présente des sourires immotivés, des barrages, une certaine ambivalence :

"je n'aime pas mon père... je ne veux pas qu'il brise son ménage pour moi", "je n'ai pas la photo de ma deuxième maman, hélas, je n'ai pas envie de l'avoir"(ou de la voir?)

Sa demande affective est très intense et elle érotise volontiers la relation avec les soignants. Elle est allée voir un radiologue et prétend qu'"il lui a fait les yeux doux".

Elle reconnaît alors que ses tentatives de suicide étaient un appel : elle est jalouse de sa soeur qui a recueilli l'affection de sa belle-mère et de plus, pense que son père avait une liaison avec cette dernière avant le suicide de sa mère, ce qui selon elle est la cause de ce suicide. Et elle aurait aimé que son père se remarie avec une de ses tantes.

Elle a alors des préoccupations corporelles, veut changer sa couleur de cheveux, se maquille beaucoup, se regarde souvent dans un miroir et s'habille de façon excentrique.

Ce comportement hypomaniaque va durer un an. Christine

.../...

se fait remarquer dans le service par sa familiarité, ses nombreuses aventures masculines, qu'elle invente parfois, elle se met à manger beaucoup et a grossir.

Son père, lassé par tous ces problèmes ne veut plus la reprendre.

Christine quant à elle centre une grande partie de son discours sur ces difficultés familiales. Elle est jalouse de sa soeur, hait sa belle-mère, l'intruse ; "mais je m'en fiche", dit-elle, "j'aime mon papa et il me reprendra bien..."

Plus tard, elle confiera :

"il veut bien me reprendre, il l'a dit au Docteur X..., je ne veux pas leur faire de la peine, je partirai de chez eux quand je me marierai".

Son humeur va alors devenir variable, elle est parfois calme souvent excitée, mais reste immature, manipulatrice et recherche l'affection de l'équipe soignante..Elle a souvent des trous de mémoire, et finit par accepter le rejet familial, dont elle a pris conscience.

Fin 1974, elle a alors 20 ans, la soeur aînée de sa mère propose de la prendre quelques jours chez elle pendant les fêtes.

On la ramène en catastrophe le 1er janvier : depuis trois jours elle ne dort plus, ne mange plus et a fait une crise d'agitation, qui se renouvelle le lendemain. Le 3 janvier, elle est euphorique et commence à délirer sur un mode mystique. Elle dit avoir vu la Sainte-Vierge, sa mère à côté et maintenant, elle est guérie. Cette vision se reproduira à plusieurs reprises.

Pendant huit jours, Christine va faire de multiples crises d'agitation hystériques, avec des cris ("je ne veux pas partir, ce n'est pas vrai, je ne veux pas mourir"), crises qui cessent spontanément au bout de quelques minutes pour laisser la place à un sommeil calme et profond, et dont elle ne garde aucun souvenir.

Puis Christine se met à revivre de façon délirante et dramatique les épisodes difficiles de sa vie affective. Elle se retrouve dix ans auparavant et s'exprime dans un sanglot avec une voix de petite fille :

"je vois ma mère morte... c'est mon père qui l'a tuée... ce n'est pas de la comédie... je fais des cauchemars..."

Elle refuse toute alimentation, est logorrhéique, et après avoir parlé quelques minutes tombe en syncope ; cet état va durer deux mois, malgré les médicaments, que d'ailleurs elle refuse. Il faudra la perfuser pour qu'elle accepte enfin de remanger.

La raison de cette nouvelle rechute tiendrait dans la visite d'un de ses oncles qui dit-elle, aurait abusé d'elle. Elle a par ailleurs découvert une lettre de sa tante religieuse qui accusait son père d'avoir tué sa mère en ayant une liaison.

Enfin Christine exprime des thèmes mégalomaniques :

"tout le monde est mort à cause de moi, mon père est mort, il était dans le cercueil et m'a dit : "tu le regretteras", ma belle-mère disait des gros mots et riait et encore : "j'étais méchante avec mon père, je désirais le tuer et il est mort à cause de moi..."

Elle subit alors une série d'électro-chocs qui la rendent hypomaniaque, puis devient catatonique pour enfin présenter un état de régression très intense où elle se comporte, avec des mimiques très théâtrales et exagérées, comme un enfant de 5 ans.

Le travail de l'équipe soignante la fait sortir de cet état et elle exprime alors qu'elle "fait la gamine", que "dormir" ou "dire je suis folle permet de ne pas voir les problèmes".

Elle reste toutefois très infantile et déclare qu'à 21 ans, elle est adultes, ce qui pour elle comprend trois fonctions :

"il faut travailler, il faut se marier, on peut avoir un bébé".

Elle présente une aménorrhée qui l'inquiète, mais en fait aimerait bien être enceinte pour prouver qu'elle est adulte.

L'année suivante va être marquée par une lente évolution de la situation vers plus d'autonomie. Elle passe et réussit son certificat d'études primaires, fréquente successivement plusieurs garçons et surtout cherche à obtenir des avantages dans le service en manipulant l'équipe avec un art consommé. Elle envisage de faire remplacement d'agent hospitalier à l'hôpital pendant l'été.

Christine prend de plus en plus ses distances avec le service et un soir ne rentre pas. Elle est ramenée deux jours après par la police, en larmes, très théâtrales, cachée par des lunettes de soleil. Elle raconte ainsi son aventure : elle fêtait ses "fiançailles" avec son "fiancé" et un de ses copains, Patrick, ils ont bu beaucoup d'alcool et le soir elle n'a pas voulu rentrer. Patrick leur a alors prêté son appartement. Le lendemain il a mis "le fiancé" à la porte, a frappé Christine et a violemment abusé d'elle, mais elle ne s'est pas enfuie. C'est la police, qui, la jugeant en danger moral, car Patrick est un repris de justice, est intervenue.

A son retour dans le service, elle est très tendue, et renoue difficilement le dialogue de façon très immature :

"si je suis enceinte, je ne rentrerai plus dans mon pantalon blanc".

Quelques jours après, les tests de grossesse s'étant révélés négatifs, elle dira :

"je sais maintenant ce que c'est qu'une fausse couche".

Toutes les permissions lui ayant été alors supprimées, elle fait la grève de la faim pendant une semaine, mais en réalité mange en dehors du service.

Puis la situation se décrépisse et elle recommence à discuter et à rechercher les bénéfices secondaires du service. Son comportement est très hystérique : elle se maquille, ne pense qu'à satoilette, à l'affût de l'homme de passage.

En novembre 1976, Christine recommence à délirer et il est décidé de l'envoyer dans une clinique où elle passera plus d'un an et après des passages à l'acte retentissants se stabilisera sur le plan émotionnel. Elle nous sera renvoyée en février 1978, l'équipe soignante de la clinique la jugeant inapte à une réinsertion sociale.

Son état clinique est bien stabilisé et elle ressort en Août pour aller vivre dans un foyer.

Elle revient en Janvier 1979, dans un état délirant centré sur des thèmes de grossesse et le suicide de sa mère. Le délire survient dans les suites d'une intervention gynécologique pour un problème infectieux et des métrorragies. Elle est très excitée et insomniaque.

Au bout d'une quinzaine de jours, Christine reprend contact avec la réalité et son humeur se normalise. Elle reprend son activité dans le service avec un comportement très hystérique et des demandes incessantes, des manipulations : elle veut parler à tous les médecins, à tous les infirmiers espérant se voir accorder sa sortie.

Elle fréquente alors un ancien malade de l'hôpital avec qui elle a décidé de se marier et finalement quitte l'hôpital en Avril, ayant fixé la date de son mariage.

Cette observation pose le problème intéressant du diagnostic entre schizophrénie et folie hystérique.

Il nous semble bien s'agir ici d'une folie hystérique, une problématique oedipienne apparaissant nettement.

De plus dans les thèmes délirants de Christine semblent se réjouer les drames de la génération précédente.

Enfin, on retrouve de nombreux traits de personnalité hystérique et il n'y a nulle trace de forclusion.

.../...

IV- VALERIE

Valérie est adressée à l'hôpital Psychiatrique pour "bouffée délirante". Elle a alors 30 ans, est mariée et mère de deux enfants, une fille de 9 ans, un fils de 5 ans. Il s'agit de sa seconde hospitalisation en milieu psychiatrique.

En effet, neuf ans auparavant, elle a présenté, trois semaines après son accouchement un état d'agitation anxieuse qui a nécessité son admission en service spécialisé.

Elle espérait avoir un garçon et quand elle a appris le sexe de son enfant, elle a une réaction "bizarre", se trouvant comme désemparée. L'accouchement, a été laborieux, nécessitant une épisiotomie.

Valérie était déjà suivie depuis plusieurs années pour des manifestations psycho-somatiques sur un fond d'anxiété.

Ses troubles commencent quelques jours après son accouchement par une asthénie, une anorexie, des douleurs vives aux points génitaux droit et gauche.

Elle s'enfonce progressivement dans un état de prostration et de mutisme qui aboutit au refus d'aliments, est anxieuse et a des troubles du sommeil.

Elle retourne néanmoins chez elle et s'occupe bien de l'enfant, sa belle-mère s'occupant des travaux ménagers.

C'est alors qu'apparaît un état d'agitation anxieuse. Elle refuse la présence de son mari, pense que c'est la révolution et qu'elle est une charge pour ses beaux-parents.

La nuit précédent son hospitalisation, elle fait une tentative de suicide, s'occasionnant des blessures légères au poignet gauche, avec un couteau de cuisine. Tout cela est vécu dans une atmosphère dramatique et théâtrale, la malade criant :

"adieu, je vais mourir !".

.../...

A son entrée à l'hôpital Psychiatrique, elle refuse tout contact, garde les yeux fermés ou cligne des paupières, ne veut pas s'alimenter ni boire.

Il est nécessaire d'instaurer une réhydratation par voie parentérale, ce qui entraîne aussitôt des réactions d'opposition avec agitation et démonstrations théâtrales. Elle se remet alors immédiatement à boire et à manger.

Suit une période dépressive où elle réclame sa fille. Après quelques présentations de l'enfant à sa mère, tout rentrera dans l'ordre.

Valérie est une jeune femme très immature, vivant sous la coupe d'un mari très rigide qui ne demande rien d'autre qu'elle reste à la maison et obtient d'elle ce qu'il veut. Elle est très timide, renfermée et surtout, supporte mal d'être, à cause de son mariage, séparée de sa mère.

Elle a réussi son B.E.P.C., a fait ensuite deux ans de formation en comptabilité mais a échoué à l'examen. Elle aurait voulu être institutrice.

Un frère de son père est hospitalisé en milieu psychiatrique depuis une dizaine d'années, pour une psychose hallucinatoire chronique et toute sa famille l'a abandonné.

Valérie est donc hospitalisée une seconde fois pour une bouffée délirante, survenue à la suite du décès du grand-père de son mari. Elle a été vue au dispensaire d'hygiène mentale la veille, accompagnée de sa mère. Elle était très angoissée et sa mère encore plus.

A son entrée, le contact avec elle est facile, elle parle volontiers :

"j'ai eu peur sur peur : mon mari a acheté un bateau et il m'a forcé à monter dedans. Puis le grand-père de mon mari est mort après un mois de souffrance. Il vivait chez nous".

Elle est hésitante sur la date du décès du grand-père :

.../...

"il y a environ huit jours, je ne me rappelle pas bien".

Elle se plaint de sensations corporelles étranges :

"ça me serre, là" (elle montre son cou), "et ça descend, ça me brûle tout le long. Mon derrière me pousse... enfin, quand je vais à la selle, ça me pousse".

Valérie explique alors qu'après sa sortie de l'hôpital, il y a neuf ans, elle n'était pas bien et est allée se reposer chez ses parents, lesquels l'ont emmenée chez un guérisseur qui l'a traitée par homéopathie et l'a guérie en trois mois.

En fait, elle a réellement consulté un médecin homéopathe et semble faire une confusion entre le guérisseur et ce médecin.

Elle pense maintenant qu'elle s'est occupée du grand-père pendant neuf ans pour son argent : "je me sens coupable, il me donnait de l'argent".

- Quelqu'un vous l'a-t-il reproché ?

"Non, ce sont les voix, c'est le ciel qui me l'a envoyé, qui me l'a dit... Et puis, je ressens des choses bizarres, en venant à l'hôpital, la voiture filait, puis ralentissait, puis s'arrêtait, puis repartait. Les hippies étaient tous pâles"... (il s'agit d'une communauté installée près de chez elle).

"Les poules noires et blanches... le chat noir... ils me regardaient méchamment".

Elle se cache alors la tête dans les mains, gémit. Nous lui demandons si elle pleure. Elle se relève et dit qu'elle n'a pleuré ni à la mort du grand-père, ni lors de ses obsèques.

Puis elle explique qu'elle est lasse, fatiguée, n'a plus envie de s'occuper de ses enfants et reparle "de choses étranges"

"j'ai brûlé tous les papiers de mon mari, ce sont les voix, la nuit qui me l'ont dit, Jésus-Christ".

Elle dort peu depuis un mois car elle a dû s'occuper

.../...

du grand-père mourant. Depuis son décès, elle est anxieuse, ne dort plus qu'une heure, car elle entend la nuit la voix, les cris et les gémissements de ce grand-père.

Elle ne se sent plus anxieuse depuis son arrivée à l'hôpital. Auparavant, elle avait consulté un guérisseur qui lui avait dit qu'il n'y avait rien de grave, que tout allait passer. Mais son mari, inquiet, a préféré consulter un médecin qui a conseillé l'hospitalisation.

Le lendemain, Valérie exprime des idées de culpabilité et des idées mystiques,

"je sens que je suis normale ici mais le reste n'est plus normal. La réalité est à l'envers... Mes idées ne sont plus claires. Avec les infirmières mes idées sont plus claires... le reste, c'est la vie que j'ai menée dans ma famille. Je n'étais pas croyante, j'ai essayé de rentrer dans une maison de Dieu mais je n'avais pas la foi, j'ai essayé de faire comme ils voulaient dans ma famille. Les grands-parents de mon mari étaient très croyants. Maintenant ils sont au ciel. Ne pas être croyante, ça veut dire que je n'ai pas su aimer les choses de la terre, tout est devenu méchant, les chats, les poules, je les ai vus ces derniers jours. Je suis devenue méchante. Mon grand-père, il a tout fait pour moi. Avec tout ce que je venais de voir, je ne croyais plus en la vie. Je suis fautive de tout ce que j'ai vu à l'envers. Je vois tout en arrière, je ne vois pas l'avenir. J'aimais mon mari, et je ne l'ai pas avoué à Dieu. J'avais eu des rapports sexuels avant le mariage et mon enfant est né au neuvième mois, un peu avant terme..." Sa culpabilité est forte.

Elle se sent responsable du malheur de tout le monde :

"tout va disparaître à cause de moi, mon mari va être dans la misère".

Elle rappelle qu'elle est allée voir le guérisseur avec sa belle-mère :

"il m'a dit que je me portais bien, c'est tout le contraire, c'est ça, je vois tout à l'envers, c'est le Seigneur

.../...

qui m'a fait faire ça. Je vais retourner à C... (son village) et je verrai tout dans la misère à cause de moi. Je n'ai pas pleuré à l'enterrement. Je n'ai plus de coeur, quand je pense au passé mon coeur se serre fort, fort..."

Nous lui parlons des voix du grand-père et elle sourit :

"c'est anormal, c'est la réalité..." (elle doute)... "je les ai entendues cette nuit. Elles ne disaient rien. Toujours il appelait, mamy, mamy !". Elle pense que cela n'était pas normal, "mais j'étais bien réveillée... je me sens brûlée d'en avoir tant parlé..." (elle va boire)... "Tout le reste je crois que c'était tout moi qui le pensait, la seule vraie voix, c'était celle du grand-père..., la vraie voix, je l'ai entendue le matin au réveil..."

"Il fallait que j'obéisse à mon mari, pour que ça aille, non, c'est pas ça. Il m'a trop laissé faire..."

Elle se trouble :

"je ne sais plus, je ne sais plus où est mon esprit. Je me rends compte que je vous ai retrouvés (l'équipe soignante) mais le reste ne va plus. Avec vous, tout se passe à l'endroit, avec le reste tout est dans le désordre. Plus rien ne s'ouvrait ici à l'hôpital, il fallait que quelqu'un soit avec moi pour que les portes s'ouvrent. C'était tout fermé. Je ne pouvait pas ouvrir les portes seules. Je n'aurais pas pu l'ouvrir parce qu'elle aurait été fermée. Non, c'est pas ça. C'est que je n'ai plus la volonté de le faire. Je me laisse aller parce que je me sens coupable de tout et je ne veux plus la faire moi-même. D'abord je ne suis pas chez moi ici. Il faut que je le demande pour le faire. Je ne souffre pas".

Elle a l'air en effet très détachée de ce qu'elle dit, puis au contraire, se manifeste de façon théâtrale :

"En vous disant ça, ça me rebrûle" (elle met sa main à la gorge, boit)... "Je suis malade par moment. J'avais perdu ma grand-mère maternelle juste avant le premier accouchement, le chien l'avait fait tomber. Elle buvait. C'est elle qui m'a élevée. Mon père n'était pas avec ma mère. On voyait qu'ils ne s'aimaient pas".

Elle raconte tout cela de façon nonchalante, détachée, ne vit pas vraiment ce qu'elle dit, cherche à expliquer, donne une raison, puis une autre. Elle a des trous de mémoire, est dans un état sub-confusionnel : elle ne^{se} souvient plus de son père et de sa mère, elle se demande si sa mère s'est occupée d'elle.

Elle ne présente pas de désorientation temporo-spatiale ni déléments persécutoires (c'est elle qui est mauvaise et est cause de tout).

Les jours suivants, elle présente avant tout des fausses reconnaissances : elle prend une personne du service pour sa grand-mère :

"elle me regarde de travers, je crois que c'est elle, non, j'en suis sûre". Il faut dire que cette personne porte le même nom que sa grandmère. Quant on lui a expliqué l'homonyme, elle répond : "Ah, bon". Il n'existe donc pas de conviction délirante. Elle paraît plutôt confuse. Elle entend des voix, mais les voix ne disent rien, dit-elle. Elle voit mais est incapable d'expliquer tout ce qu'elle a vu.

Puis elle va présenter un état où se mélangent une lassitude, des pleurs, et une envie de se rendre utile. Elle s'inquiète de ce qui se passe chez elle.

Son mari, lui, est très ambivalent. Il demande beaucoup à l'équipe soignante, tout en affirmant que la psychiatrie ne sert à rien et il minimise les troubles de sa femme, disant qu'elle a seulement besoin de fortifiants.

Finalement, les symptômes s'estompent assez rapidement et trois semaines après son entrée, Valérie retourne chez elle.

Un mois après, elle affirme se sentir bien. Elle est heureuse d'avoir retrouvé ses enfants et critique ses idées délirantes :

"je ne sais pas ce que j'avais, c'était dans ma tête, je me faisais des idées, je m'imaginai que les poules, les chats me regardaient d'une drôle de façon, mais quand je suis revenue,

.../...

j'ai compris que c'était mon imagination".

Elle parle du grand-père, les larmes aux yeux, puis pleure en évoquant son mari :

"j'ai des problèmes sexuels, il pense que c'est à cause d'un traitement et veut que je l'arrête... Je n'éprouve pas de plaisir, cela m'était arrivé aussi après la naissance de ma fille et m'avait passé ensuite. Je préfère ne pas lui en parler vraiment, il s'énerve très vite... Je fais ce qu'il me dit".

Elle ne sort pas de chez elle car elle a honte de son hospitalisation.

Elle affirme cependant avoir besoin de contact avec d'autres personnes.

L'histoire de Valérie peut faire penser à une mélancolie délirante. Mais il n'existe pas de tonalité affective pénible. Au contraire, les idées délirantes sont vécues avec un certain détachement.

De plus, en face d'elle, on ne ressent rien de psychotique. En revanche, tout dans son comportement évoque une personnalité hystérique.

C'est pourquoi, bien que nous ne soyons pas sûr qu'il s'agisse bien là d'une folie hystérique, nous avons présenté cette observation qui illustre assez bien les difficultés diagnostiques.

V- ACHILLE

Résumé de l'observation rapportée par Pierre JANET lors d'une conférence prononcée le 23 décembre 1894, intitulée : "Un cas de possession et l'exorcisme moderne" (51).

Quant Achille fut hospitalisé à la SALPETRIERE dans le service de CHARCOT, il était âgé de 33 ans. Il était un paysan du Midi de la FRANCE, appartenant à une famille modeste et simple. Il vivait dans un petit village où la superstition était très développée : il courait des légendes sur son père, qui disait-on avait des relations avec le diable, au pied d'un tronc d'arbre. Le père d'Achille ne s'intéressait pas à ces racontars et ne présentait d'ailleurs aucune trace de maladie mentale.

Du côté de sa mère, en revanche, on retrouvait de longue date des habitudes d'éthylisme.

"Son enfance fut normale", nous dit JANET. "Elevé dans une petite école, assez intelligent et travailleur, il avait une forte mémoire et lisait beaucoup, sans choix; cependant il faut remarquer qu'il avait des migraines fréquentes et que, malgré son caractère doux et affectueux, il restait fort isolé, tourné en ridicule par ses camarades".

Achille ne parut pas en souffrir beaucoup cependant, et à sa sortie de l'école ouvrit un petit commerce et cultiva ses terres, avec un certain succès. Il se maria à 22 ans avec une femme dévouée et eu un enfant.

Tout alla bien pendant dix ans. C'est à 33 ans que surviennent les troubles et qu'Achille se mit à présenter tous les signes d'une possession diabolique.

Et JANET écrit :

"Je vais vous raconter ses accidents d'une "première"
.../...

manière", tels que l'entourage pourrait les conter, tels que la femme du malade les expose, tels qu'ils les décrits lui-même lorsqu'il cherche à parler exactement",

"Au printemps, il fit un petit voyage pour ses affaires. A son retour, quoiqu'il fit effort pour paraître de bonne humeur, sa femme le trouva sombre et préoccupé et put à peine obtenir de lui quelques paroles ; on chercha en vain à le distraire. Ce silence devint singulier, il changea de nature ; au commencement, Achille se taisait volontairement puis il sembla se taire malgré lui ; il ne pouvait plus parler et devint muet complètement. On consulta le médecin ; le docteur fut embarrassé, il déclara que c'était un affaiblissement général..., qu'il y avait des troubles dans tout le corps, une dyscrasie, peut-être le diabète. Le malade fut épouvanté et retrouva la parole pour se plaindre d'une foule de souffrance et pour présenter exactement tous les signes du diabète dont le médecin lui avait parlé. Après un mois, la maladie n'ayant fait aucun progrès, on consulta un autre médecin, le praticien se moqua naturellement du diagnostic porté par son collègue. Il insista sur l'essoufflement, il demanda s'il n'y avait pas de souffrance du côté gauche de la poitrine, etc. Achille, après avoir hésité, affirma avoir ressenti tous ces symptômes. Plus de doute, c'était une angine de poitrine. Toutes les précautions furent prises, notre malade se coucha, resta sombre dans son lit, répondant à peine aux questions, dormant en apparence toujours, mais marmottant dans sa bouche des paroles inarticulées, pleurant sans savoir pourquoi. Il disait :

"je ne sais ce qui me désespère, qu'ai-je donc ?".

Un jour, ses pressentiments semblèrent se réaliser, le pauvre homme mit ordre à ses affaires, dit adieu à sa famille, puis s'étendit dans son lit et resta immobile. On crut qu'il allait mourir, on le surveilla une heure, un jour, deux jours. Puis Achille se relève tout d'un coup, saute en bas du lit, fait entendre un grand éclat de rire ; ce fut un rire épouvantable qui le secouait dans tout le corps, qui se prolongea pendant deux heures. Après ce rire, il retrouva la parole pour dire des choses tout à fait horribles : sa chambre était pleine de démons, il voyait l'enfer, Satan et sa cour. Ces diables le torturaient, certains diabolotins le brûlaient, le piquaient, d'autres lui enfonçaient des clous

.../...

dans les yeux ; le diable entraît dans sa tête et dans son coeur pour y faire des ravages terribles ; il le forçait à dire des blasphèmes et lui faisait dire des choses abominables. On crut à un délire passager, on le retint, on le garda dans la chambre. Rien ne changea. De temps à autre il était immobile, marmottant toujours, blasphémant et injuriant la religion, déclarant que le diable le possédait. Quant il sortait il allait dans les bois et vivait un jour ou deux caché dans quelque trou, et on le trouvait tremblant de délire et d'épuisement. Un jour il s'attacha les pieds et se jeta dans une mare ; quand on le retira il disait :

"J'ai fait ce que la religion demandait pour vérifier la possession ; je me suis jeté dans l'eau et je vis encore, donc je suis possédé !".

Un jour on le trouva endormi sur les tombes du cimetière ; au bout de six mois de cette situation un médecin conseilla de le conduire à la SALPETRIERE".

A son entrée à l'hôpital, Achille avait le visage labouré par les coups de griffes qu'il se donnait lui-même. Tantôt il hurlait des blasphèmes, il disait :

"Maudit soit Dieu, maudite soit la Trinité",... puis d'une autre voix, avec un ton contrit, : "je vous en prie, ne m'accusez pas, c'est le démon qui me force à parler, le diable parle en moi-même quand je serre les dents et que ses paroles ne peuvent pas sortir" et il se remettait à blasphémer.

Il se disputait avec son démon qui avait pris l'habitude de le contredire. Le démon disait :

"tu mens !" et Achille répondait : "mais non, je ne mens pas".

Achille entendait des diables parler autour de lui et les voyait avec leur figure noire, grimaçante et cornue. Mais surtout, ce qui l'effrayait, c'est que la figure des diables était transparente.

Il présentait également la "marque du diable" sous la forme d'une insensibilité de son bras gauche.

JANET chercha par tous les moyens à rentrer en contact avec lui. Mais rien ne réussit, jusqu'au jour où s'apercevant qu'Achille faisait beaucoup de mouvements désordonnés, il lui mit un crayon en main. Il lui demanda alors de lever le bras et Achille se mit à écrire : "je ne veux pas".

- "Pourquoi ne veux-tu pas ?"

- "Parce que je suis plus fort que toi" écrivit le crayon,

- "Qui donc es-tu ?"

- "Je suis le diable".

Et JANET écrivit avec humour :

"tout le monde n'a pas eu l'honneur de causer avec un diable, il fallait en profiter".

Il se rendit compte alors qu'en commandant au démon de faire faire à Achille tout ce qu'il lui demandait, ce dernier s'exécutait.

C'est ainsi que par la suggestion hypnotique, en s'adressant au diable, il parvint à guérir la folie hystérique d'Achille . JANET rapporte alors la "deuxième manière" dont celui-ci lui a raconté sa maladie, :

"le début de la maladie avait eu lieu au retour d'un voyage, il avait commis une faute grave. En rentrant chez lui Achille n'avait qu'une idée, ne pas raconter l'aventure et la dissimuler à sa femme. Cette pensée le gênait, le troublait, le rendait triste. Au bout de quelques jours il crut avoir oublié son aventure, mais il sentait une peine à parler, il devenait muet".

Les tourments augmentèrent sans cesse, il se mit à avoir des rêves très pénibles, en rapport avec sa faute, se jugeant coupable, s'attendait aux pires châtements.

"Les rêves d'Achille continuant", nous dit JANET, "ils deviennent de plus en plus lugubres, la nuit, le jour, après avoir rêvé qu'il était malade, il rêvait que la maladie augmentait, puis qu'il était mort..."

Quand on a rêvé qu'on est mort, que peut-on rêver encore?... Après la mort l'enfer. Et alors commencent les rêves des démons qui arrivent et le torturent. C'en était déjà trop ^{pour} cette faible cervelle, là elle ne peut plus résister, elle succombe, la personnalité se désagrège et le rêve au lieu d'être caché apparaît au grand jour, ce ne sont plus des paroles intérieures, il crie tout haut, ce sont des blasphèmes. Ce ne sont plus des idées vagues de diables, il les voit devant lui".

JANET propose dans la conférence une analyse de la dynamique du délire et explique qu'il faut rechercher le fait fondamental, originaire du délire. Dans le cas d'Achille, le fait initial était le remords.

Et ainsi :

"je fis croire au malade en somnanbulisme que sa femme apparaissait et lui accordait un pardon complet.

Dès qu'il fut réveillé, il avait changé ; le délire avait passé au deuxième plan, Achille raisonnable, se moquait de ses idées et les expliquait en disant qu'il avait trop lu de romans. Cependant le diable existait encore et torturait encore son malade au moins pendant la nuit... En usant du même procédé, le rêve fut affaibli peu à peu, le dédoublement de la personnalité disparut, le diable était battu et se retirait définitivement.

Achille est retourné chez lui depuis plus de trois ans, il se porte très bien".

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Notre projet a été dans ce travail d'essayer d'authentifier et de cerner, sur un plan clinique et théorique la notion de folie hystérique.

1) Nous avons retracé l'historique de ce concept, à la suite de celui de l'hystérie. Nous avons vu que la folie hystérique était une notion reconnue au XIXe siècle, qui a disparu à la suite de l'apparition du concept de pithiatisme, pour être englobée ensuite dans le cadre de la démence précoce et de la psychose maniaco-dépressive et enfin, après 1911 et les travaux de BLEULER dans celui de la schizophrénie. C'est seulement à partir des années 1960 que divers auteurs s'intéresseront de nouveau à cette notion.

2) Nous avons envisagé les rapports entre folie, psychose et délire et nous pensons avoir ainsi légitimé le terme de folie hystérique, car nous avons vu que ce qui est à l'origine de la psychose est la forclusion, alors que la structure hystérique est spécifiée par le refoulement.

3) L'étude clinique de la folie hystérique nous a permis de mettre en évidence ce qui pour nous est le caractère fondamental de cette affection : le délire de filiation est un aspect prévalent du délire hystérique, délire de filiation tel que l'ont décrit J. GUYOTAT et ses élèves, qui se constitue à partir d'un trouble de la filiation instituée : nous avons noté l'importance des thèmes mégalomaniques (centrés sur une problématique oedipienne), les troubles de l'humeur, d'allure hypomaniaque, la fréquence de l'existence d'un syndrome d'influence et d'expériences hypnotiques rapportées par les malades. Nous avons également retenu dans cette problématique de filiation l'importance de la thématique homosexuelle et l'existence de phénomènes de dédoublement. Le délire hystérique est également un délire oniroïde, qui peut être comparé aux délires créés par l'alcool et les drogues hallucinogènes. Nous avons terminé cette partie clinique en étudiant les aspects culturels de la folie hystérique, sans avoir eu la prétention d'être exhaustif.

4) Sur le plan psychopathologique, envisagé d'abord sous l'angle d'une problématique narcissique, nous avons retenu trois points :

- le mode relationnel prévalent est celui de la relation d'objet narcissique.

- il existe une perturbation de la relation à l'image spéculaire.

- le processus présidant à l'éclosion du délire hystérique est, comme dans le rêve, le retour du refoulé.

.../...

5) Nous avons tenté enfin d'étudier la place nosologique de la folie hystérique, sans toutefois y parvenir de façon satisfaisante. En effet, si la folie hystérique peut être considérée comme une bouffée délirante, telle qu'elle est décrite par l'école française, l'on sait combien cette notion est sujette à caution et pose de problèmes. Quant à sa proximité avec les états-limites et ce que J. GUYOTAT et coll. appellent psychoses de type II, elle existe sur un plan clinique, mais cela ne résoud rien en ce qui concerne la position structurale et nosologique de la folie hystérique.

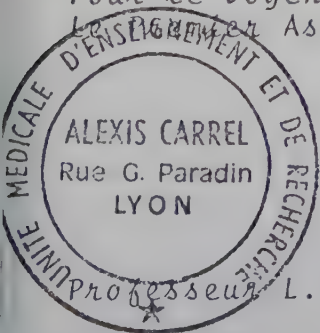
Le Président de la Thèse,

J. GUYOTAT

lis

Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine Alexis Carrel,

Pour le Doyen et par délégation
Le Président Assesseur



Vu et Permis d'Imprimer

LYON, le 25 FEV. 1980

Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- AFANASSIEF(G.)

Réflexions sur une psychiatrie socio-culturelle en Guadeloupe.
Perspectives psychiatriques N° 43 - 1973

2- AUBIN (B.), THIRIAT (J.), MONTMARIN (M. de), TIXIER(G.), VERGE (J.)

Schizophrénie et/ou hystérie.
Etudes psychothérapiques N° 2, juin 1977 Pp. 81 - 90

3- BABINSKI (J.)

Paralysie hystérique systématique.
Paralysie faciale hystérique.
Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris
4 novembre 1892

4- BABINSKI (J.)

Diagnostic différentiel entre hémiplégie organique et
hémiplégie hystérique.
Gazette des hôpitaux 5 et 8 mai 1900

5- BABINSKI (J.)

Définition de l'hystérie.
Revue neurologique IX 1901

6- BAGLIVI (G.)

De praxis medica (1696)
Traduction française : "De l'accroissement de la médecine
pratique" 1851

7- BEETSCHEN (A.)

Les délires chroniques.
La revue de Médecine N° 23 - juin 1975

8- BLEULER (E.)

Dementia praecox ou le groupe des schizophrénies 1911

- 9 - BOURRAT (M.M.), CATOIRE (G.), GODARD(M.) et LEGER (J.M.)
 A propos d'un cas de psychose hystérique.
Actualités Psychiatriques N° 5 - 1979
- 10- BRIQUET (P.)
 Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.
 Paris - Baillière 1859
- 11- CAPPADORO (R.)
 A propos de deux pôles d'organisations psychotiques :
 psychoses romantiques et psychoses machines.
 Thèse Médecine Lyon 1978
- 12- CAPPADORO (R.)
 Hystérie et Folie.
 (Etude théorique et clinique de la notion de "folie hystérique")
 Mémoire pour le C. E. S. de Psychiatrie. Lyon 1979
- 13- CHARCOT (J.M.)
 Leçons du mardi, in "L'Hystérie".
 Textes choisis et présentés par E. Trillat. 1971 Toulouse -
 Privat - Ed.
- 14- COLIN (H.)
 Essai sur l'état mental des hystériques.
 Thèse médecine - Paris 1890
- 15- CORRAZE (J.)
 De l'hystérie aux pathominies.
 (Psychopathologie des simulateurs) - Bordas - Paris 1976
- 16- COTTRAUX (J.), REYSS-BRION (M. P.), MASSOT (D.)
 La notion de psychose hystérique.
Journal de Médecine de Lyon - 5juin 1969 pp. 959 - 965
- 17- ELLENBERGER (H. F.)
 A la découverte de l'inconscient.
 Simep. Editions - Villeurbanne 1974
- 18- EY (H.), BERNARD (P.), BRISSET (C.)
 Manuel de Psychiatrie. Paris - Masson 1960, 5e édition 1978

19- FREUD (S.)

Cinq psychanalyses trad. M. Bonaparte et R. Loewenstein
Paris P. U. F. 1954

20- FREUD (S.)

Lettre à Jung du 12.2.1911 in Correspondance S. FREUD -
C. G. JUNG, T.II Paris - Gallimard

21- FREUD (S.)

Délire et rêves dans la "Gradiva" de JENSEN.
Trad. M. BONAPARTE, Paris - Gallimard 1949

22- FREUD (S.)

Essais de psychanalyse appliquée.
Trad. M. BONAPARTE et E. MARTY,
Paris - Gallimard 1933, Coll. Idées Gallimard Paris 1973

23- FREUD (S.)

La vie sexuelle.
Paris P. U. F. 1969

24- FREUD (S.)

L'interprétation des rêves.
Trad. I. MEYERSON, Paris P.U.F. 1967, 4e tirage 1976

25- FREUD (S.)

Malaise dans la civilisation.
Trad. CH. et J. ODIER, Paris P.U.F. 1971

26- FREUD (S.)

Manuscrit H du 24.I.1895 in Naissance de la psychanalyse.
Trad. A. BERMAN, Paris P.U.F. 1956 - 3e édition 1973

27- FREUD (S.)

Métapsychologie.
Trad. J. LAPLANCHE et J. B. PONTALIS.
Paris - Gallimard 1968

28- FREUD (S.)

Naissance de la psychanalyse.
Trad. française A. BERMAN, Paris P.U.F. 1956, 5e édition 1975

29- FREUD (S.)

Trois essais sur la théorie de la sexualité.

Trad. B. REVERCHON - JOUVE, Paris - Gallimard 1962

30- FREUD (S.)

Un souvenir d'enfance de Léonard de VINCI.

Trad. M. BONAPARTE, Paris - Gallimard 1927 - 2e édition 1977

31- FREUD (S.) et BREVER (J.)

Etudes sur l'hystérie.

Trad. A. BERMAN, Paris P.U.F. 1956

32- FOLLIN (S.), CHAZAUD (J.) et PILON (L.)

Cas cliniques de psychoses hystériques.

Evolution psychiatrique, 1961, XXVI /257 - 285

33- FOUCAULT (M.)

Histoire de la folie à l'âge classique.

Paris - Gallimard 1972, Nouvelle édition 1976

34- GADEN (M.)

Sur la notion d'hystérie psychotique.

Agressologie, 1979, 20, A ; 55,64

35- GAFFIOT (F.)

Dictionnaire latin-français.

Paris - Hachette 1934

36- GENEVIEVE (J. M.)

Notes sur les psychoses hystériques (inédit).

37- GEORGET (E. J.)

De la folie.

Paris - Baillière 1820

38- GRABER (J. L.)

Contribution à l'étude de la relation spéculaire.

Thèse Médecine Lyon 1974

39- GRANOFF (W.)

Filiations - L'avenir du complexe d'OEDIPE.

Les éditions de Minuit - Paris 1975

- 40- GRIESINGER (W.)
 Traité des maladies mentales, pathologie et thérapeutique 1845
 Traduction française - Paris. DELAHAYE et LECROSNIER 1865
- 41- GUYOTAT (J.) et AUDRAS (M.)
 Economie dépressive et filiations.
Revue française de Psychanalyse 1976 - Tome XL N° 5,6, 1073 - 1081
- 42- GUYOTAT (J.)
 Processus psychotique et filiation.
 Aspects psychopathologiques.
Confrontations psychiatriques N° 16 - 1978, pp. 191 - 217
- 43- GUYOTAT (J.)
 Grille pour un repérage des singularités de la filiation.
Psychanalyse à l'Université, Tome 4 N° 16, septembre 1979
 Pp. 639 - 652
- 44- HARTEMBERG
 L'hystérie et les hystériques.
 ALCAN F. Paris 1910
- 45- HINSIE (L. E) et CAMBELL(R. J.)
 Psychiatric Dictionary, New-York, Oxford University Press 1960
- 46- HOLLENDER (M. H.), HIRSCH (S. J.)
 Hysterical psychosis.
American Journal of Psychiatry 1964, 120
- 47- HOLLENDER (M. H.), HIRSCH (S.J.)
 Hysterical psychosis : clarification of a concept.
American Journal of Psychiatry 1969, 125
- 48- ISRAEL (L.)
 L'hystérique, le sexe et le médecin.
 Masson - Paris 1976, 1979

49- JANET (P.)

L'automatisme psychologique.

- 1ère édition Paris - Alcan - 1889

- nouvelle édition 1973

Selon le texte de la 4ème édition, publiée par les soins de la Société Pierre JANET et du Laboratoire de Psychologie Pathologique de la Sorbonne avec le concours du C. N. R. S.

50- JANET (P.)

L'état mental des hystériques.

I- les stigmates mentaux, Paris - Alcan 1893

II- les accidents mentaux, Paris - Alcan 1894

2ème édition Paris - Alcan 1911

51- JANET (P.)

Un cas de possession et l'exorcisme moderne (Conférence prononcée le 23 décembre 1894)

Bulletin de l'Université de Lyon 1895, 2

52- JEANNIN - CHAVANNE (J.)

Contribution aux recherches et aux critiques sur le concept de psychose hystérique.

Thèse Médecine - Lyon 1970

53- JORDEN (E.)

Abriefe discourse of a disease called the suffocation of the mother. London 1603

54- JUNG (C. G.)

Lettre à FREUD du 4.6.1907 in Correspondance S. FREUD - C. G. JUNG, T.II Gallimard

55- KONRAD (K.)

Die beginnende schizophrenie : Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns.

Stuttgart. Thieme ed. 1958

56- KRAEPELIN (E.)

Introduction à la psychiatrie clinique. 2ème édition, Paris - Vigot 1905

- 57- KRAFFT - EBING (R. von)
 Traité clinique de psychiatrie.
 Paris - Baillière
- 58- LACAN (J.)
 Ecrits.
 Paris - Seuil - 1966
- 59- LACAN (J.)
 L'angoisse.
 Séminaire inédit du 5 décembre 1962, cité par J. C. MALEVAL,
 in "le délire hystérique n'est pas un délire dissocié".
- 60- LALANDE (A.)
 Vocabulaire technique et critique de la philosophie.
 Paris P. U. F. 1926, 12e 2DITION 1976
- 61- LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J. B.)
 Vocabulaire de la psychanalyse. Paris P.U.F. 4e édition 1973
- 62- LARUELLE
 LA psychose hystérique.
Bulletin de Médecine Mentale de Belgique 1907
- 63- LECLAIRE (S.)
 A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses.
Evolution psychiatrique Année 1958 - Fascicule II (Avril -
 Juin 1958) pp. 377 - 519
- 64- LEMAIRE (A.)
 Jacques LACAN.
 Pierre MARDAGA Editeur - Bruxelles 1977
- 65- LEVI - STRAUSS
 Structures élémentaires de la parenté.
 Paris - La Haye/Mouton 1973
- 66- LOUYER - VILLERMAY
 Traité des maladies nerveuses et vapeurs. T. I. 1816
- 67- MAIRET (A.) et SALAGER (E.)
 La folie hystérique. Montpellier - Coulet 1910

- 68- MALEVAL (J. C.) et CHAMPANIER (J. P.)
 Pour une réhabilitation de la folie hystérique.
Annales Médico-Psychologiques, 1977 - 2. 2. : 229 - 272
- 69- MALEVAL (J. C.)
 Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié.
Evolution Psychiatrique, 1978 - T. XLIII - IV
- 70- MALEVAL (J. C.)
 Schizophrénie et folie hystérique.
L'information Psychiatrique, 54, 7, 1978 - 743-765
- 71- MALEVAL (J. C.)
 L'escamotage de la folie hystérique.
Psychiatries, 1979/3 N°38 pp. 53-74
- 72- MALEVAL (J.C.)
 A la recherche du concept de psychose.
 à paraître in L'information psychiatrique.
- 73- MANCEAUX (A.), BARDENAT(C.) et SUSINI (R.)
 L'hystérie chez l'indigène algérien.
Annales médico-psychologiques, II 1974
- 74- MEUNIER (R.)
 Le haschich. Paris 1909 (cité par HARTEMBERG)
- 75- MONTRELAY (M.)
 Le narcissisme.
 in Encyclopedia Universalis, Paris 1968
- 76- MOREAU DE TOURS (J.)
 "De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux
 propres à l'hystérie convulsive, à l'hystéριο-épilepsie et à
 l'épilepsie".
Union médicale - 1865
- 77- MOREAU DE TOURS (J.)
 Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique).
 Paris - Baillière 1869

- 78- MOREL (B. A.)
Traité des maladies mentales. Paris - Baillière 1860
- 79- MURPHY (H. B. M.) et ELLENBERGER (H. F.)
Ethnopsychiatrie in Encyclopedie Médico-Chirurgicale 37725 A 10
et 37725 B 10
- 80- NACHT (S.) et RACAMIER (P. C.)
La théorie psychanalytique du délire, in "Guérir avec FREUD".
Paris - Payot 1971 pp. 80 - 188
- 81- OTTIN (M.) et Bensa (A.)
Le sacré à Java et à Bali : chamanisme, sorcellerie et transe.
Editions Robert LAFFONT, Paris 1969
- 82- PANKOW (G.)
L'homme et sa psychose . Paris - Aubier. MONTAIGNE 1969
- 83- PANKOW (G.)
L'image du corps dans la psychose hystérique.
Revue française de psychanalyse, 1973, 37, 3.
- 84- PANKOW (G.)
Structure familiale et psychose. Paris - Aubier - Montaigne 1977
- 85- PANKOW (G.)
Hystérie et violence.
Evolution Psychiatrique, 1978 - t - XLIII fasc. II, Avril - Juin
- 86- PARACELSE
De morbis amentium, das ist von dem Kranckheiten die den
Menschen die vernunft berauben. Bâle 1567
- 87- PARE (A.)
Oeuvres complètes, T. II, Paris - Baillière - 1840
- 88- PERRIER (F.)
Structure hystérique et dialogue analytique in
Confrontations psychiatriques 1968 N°1 - 101 - 117
- 89- POROT (A.)
Manuel alphabétique de psychiatrie. Paris, P. U. F. 1952
5e édition 1975



90 - PRINGUET (G.)

A propos d'un cas de psychose hystérique.

La nouvelle Presse Médicale, 12 Février 1977, 6, 6.

91 - RANK (O.)

Don Juan et le Double. Paris - Payot 1973

92 - RAULIN (J.)

Traité des affections vaporeuses du sexe. Paris - Hérissant 1758

93 - RICHER (P.)

Etudes cliniques sur l'Hystéro-épilepsie ou Grandes Hystérie.

Paris - Delahaye et Lecrosnier 1881

94 - SAMI - ALI

Le haschich en Egypte. Paris - Payot 1971

95 - SANDRAS (G. M. S.)

Traité des maladies nerveuses. I. Paris - Baillière 1851

96 - SIOMOPOULOS (V.)

Hysterical psychosis.

British Journal of Medical Psychology 1971, 44

97 - SYDENHAM (T.)

The works of Thomas Sydenham.

Lettre à Coole de 1681 - 1682, London 1843

98 - TAUSK (V.)

Oeuvres psychanalytiques.

Trad. B. et R. BORIE, J. DUPLEIX, J. P. DESCOMBEY, J. LAPLANCHE
et V. N. SMISNOFF. Paris - Payot 1975

99 - ULRICH (C.)

Le Double. Etude psychopathologique.

Thèse Médecine Strasbourg 1972 N° 99

100- VILLECHENOUX (C.)

Le cadre de la folie hystérique de 1870 à 1918.

Thèse Médecine Paris 1968

IOI- WAELHENS (A. de)

La Psychose. Essai d'interprétation analytique et existentielle.
Louvain - Paris : Nauwelaerts 1972

IO2- WAJEMAN (G.)

Le maître et l'hystérique.

L'épidémie de Morzine.

in Ornicar, 1975 - N° 3 - 37-60

IO3- WEYER (J.)

Cinq livres de l'imposture et tromperie des diables : des
enchantelements et soceilleries. Paris - 1563

IO4- WHYTT (R.)

Traité des maladies nerveuses, hypocondriaques et hystériques.
Paris - Didot 1777, Parution originale en 1764

IO5- BOUCAUD (M. de), HUBERT (L. M.), GACHIE (J. P.) et SEZE (M. J.)

Psychoses délirantes aiguës et structure hystérique

in comptes-rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie
de langue française. CAEN 5 - 10 juillet 1971

Masson et Cie Editeurs

IO6- CONRAD(K.)

Die beginnende schizophrénie : Versuch einer Gestalt - analyse
des Wahns - Stuttgart - Thienne Ed. 1958

IO7- LECLAIRE (S.)

A propos de l'épisode psychotique que présenta "l'homme
aux rats".

La psychanalyse N° 4 - 1957

